مطبوعات جامعة الزقازيق
الجامعة والمجتمع

الصحة والطب والعلاج فى مصر

دكتور محمد محمد الجوادى



١٩٨٧

إهـــداء

إلى أسرتى المهنية الصغيرة

إلى أساتذتى وزملائى فى قسم أمراض القلب ... كلية الطب ومستشفيات جامعة الزقازيق

تعبيرا عن كل المعانى والأمانى ..

المعانى التى تراودنا .

والأمانى التى تتراءى لنا .

د . محمد الهادى

تقديم

بقلم الاستاذ الدكتور
محمد عبد اللطيف ابراهيم
رئيس جامعة الزقازيق

[يمثل هذا الكتاب **صورة من صور اهتمام الجامعة ـ كمؤسسة استنارة فكرية بحركة المجتمع من حولها** ، حيث تتلاقى او تتصارع الموارد والمطالب ، الاهداف والمعوقات ، الطموحات والتبعات . وتنشأ نتيجة هذا التفاعل ديناميات عديدة للقضايا التى تهم الانسان ، والوطن . والشعب .. وربما اختلطت على افراد الشعب ذوى الاحساس الوطنى بجمهورهم ومشكلاته ربما اختلطت اوراق الحقائق بأوراق الاراء الرائجة الى حد يصبح معه البحث عن حقيقة ما من الامور المرهقة فى بلد شغل لفترات طويلة مضت عن ان يضع نصب عين ابنائه كل الحقائق عن كل المشكلات التى يحسون بها ، تارة لظروف الامن القومى ، وتارة اخرى بسبب الانشغال عن التوثيق والتأصيل ، وتارة ثالثه بسبب غياب قاعدة المعلومات القديمة ومن ثم غياب القدرة على تجديدها بالحقائق والوقائع ويأتى هذا الكتاب ليمثل صورة من صور اهتمام الجامعة كمؤسسة للاستنارة الفكرية بكسر قاعدة الغموض **حول بعض مشكلاتنا التنموية بدءا بمشكلة من اهم المشكلات وهى تلك المرتبطة باحد عناصر الثالوث المزمن : الفقر والجهل والمرض** .]

ثم ان هذا الكتاب الذى سعدت فعلا بقراءة بعض فصوله على فترات متوالية لا يكتفى بالمعلومات الصماء ، ولا الحقائق الرسمية ، وانما **هو يضيف** بقلم مؤلفه الاديب الذى هو ابن المهنة وابن للجامعة ايضا **آفاقا من الفهم العميق ، والتناول الجرىء لكل الحقائق التى بذل بالقطع جهودا وراء جهود حتى استطاع ان يبرزها للقارىء اليوم على هذا النحو**

ومع ان الجامعة تؤمن تماما أن الاراء التى تنشرها هى مسئولية أصحابها ، ايمانا منها بالطبع بحرية البحث العلمى واهمية هذه الحرية .. الا اننى يهمنى ان اؤكد هذا المعنى من زاوية اخرى ، وهى زاوية قيام الجامعة التى اشرف برئاستها باتاحة هذه الفرصة بدءا من هذا الكتاب الذى **ارجو أن تعقبه مجموعة من الدراسات فى جميع المجالات** ـ أمام كل رأى وفكر .. فالجامعة المصرية اليوم ليست ـ وأقولها للمرة الثالثة ـ **الا مؤسسة من مؤسسات الاستنارة فى جو ينعم بحرية حقيقة ، وديمقراطية يبذل رئيس الجمهورية كل ما فى وسعه لحمايتها من كل ما قد يمسها** .. هذا وبالله التوفيق .

تقديم بقلم

الاستاذ الدكتور عبد الستار مصطفى

نائب رئيس الجامعة ورئيس مجلس ادارة مطبعة الجامعة

تخطو جامعة الزقازيق بهذا الكتاب خطوة على سبيل المساهمة الجادة فى مناقشة قضايا ومشكلات البيئة والمجتمع ، بحيث لا تقتصر مساهماتها فى هذا الجانب على الاحاديث الفردية أو المناقشات الثنائية التى تدور داخل الحرم الجامعى ، أو على مجرد الاسهامات الفردية التى تنسب الى بعض ابناء اسرة الجامعة حين يشاركون فى الندوات العامة أو الصحفية .. وانما تتيح الجامعة لنفسها اليوم بدءا من هذا الكتاب ان تعرض بعض الآراء الحرة لابنائها فيما يتعلق بالقضايا الوطنية التى تتصل بمجال عملهم ، عملا بالمبدأ الذى نرجو أن نستوعبه فى كل خطواتنا المستقبلية من توسيع قاعدة الآراء التى يلجأ اليها أصحاب الرأى فى تقيم الخدمات القائمة وفى رسم الطريق الامثل لتطويرها وبحيث لا تكون خلفيات تقييم صناعة القرار مقتصرة على قمة الاجهزة الوظيفية وانما تمتد الى قاعدتها

ومع يقينى ان مثل هذه الاراء قد تعبر عن الجوانب الشخصية او الرؤى الفردية وراء اقلام اصحابها ، الا أننى دائما ما اغلب على هذا التحفظ ايمانى العميق — الذى تدعم بمشاهداتى فى خارج مصر — بانه على الافراد وبصفاتهم الفردية — يقوم جانب كبير من التقدم الحقيقى فى مجلات الخدمات لا الفكر او الادب فحسب .

من هذا المنطلق فاننى آمل أن يكون فى هذا الكتاب (او الدراسة) بعض ما يضيف الى معلوماتنا وتصوراتنا عن الخدمة الطبية والعلاجية فى وطننا العزيز .

اما فيما يتعلق بشخصى الذى أتيح له أن يعمل فى حقل الطب منذ أكثر من ثلث قرن فأكاد أزعم أن هناك فى كثير من فقرات هذا الكتاب توافقا حيا مع ما لمسته من طبائع وخصائص الخدمة الطبية والعلاجية فى شتى المؤسسات القائمة بهذه الخدمة .

واعتقد ان الوعى بحجم المشكلات الصحية والطبية هو العامل الحاسم فى سبيل نجاح المديرين والقائمين بالسلطة فى هذه المواقع فى تحقيق الأهداف المرجوة من النظام الطبى .

ولهذا فانى آمل ان يسهم هذا الكتاب فى جانب التنوير الفكرى وخدمة المجتمع وحرية الرأى وكلها من الاركان التى قامت الجامعة من أجل دعمها وازدهارها .
وعلى الله قصد السبيل .

مقدمة المؤلف

دكتور محمد محمد الجوادى

ليس فى وسع المرء حين يجد نفسه قادرا على المشاركة بالرأى فى قضايا بلاده ومشكلاتها إلا أن يسعد ، وتتضاعف السعادة بالطبع حين يجد نفسه وقد أصبح قادرا على ان يكتب شيئا ذا بال فى هذا المجال ، وان يتاح لهذا الكلام المكتوب فرصة ليكون مقروءا بين ايدى الناس ، وليخلد بعد هذا فى بعض مكتباتهم ... كل هذا بالاضافة إلى مشاعر السعادة الأخرى الأكثر واقعية التى يتمناها حين يجد بعض آرائه وقد لاقت القبول أو الاقتناع .

وليس فى وسع الكاتب حين يحس هذه السعادات المجتمعة إلا أن يتوجه عندئذ إلى الله بالشكر على هذه النعم ، وبالدعاء من أجل استمرارها ، وبالرجاء أن يقدره الله على اداء واجبه تجاه مجتمعه بحيث ينجو من عذاب الذين يكتمون العلم فيعذبون به يوم القيامة ، ومن عقاب الذين يكتمون النصيحة فيقال لهم يوما ما أين كنتم ؟ ومن عتاب الذين يهملون حق الجماعة فلا يكون لهم مخرج من اللوم حين لا يصيب التقدم مجالات عملهم .

وقد نسلم جميعا ان فى امكاننا ان ننهض بكثير من مقومات حياتنا إذا ما تبادلنا الآراء حول مشكلاتها ، وأن فى وسعنا ان ننهض بحضارتنا اذا ما أضفنا إليها مجموعة الآراء الأخرى أو على حد تعبير الأستاذ الدكتور عبد الستار مصطفى فى مقدمة هذا الكتاب إذا ما وسعنا من القاعدة التى تؤخذ اراؤها فى مستوى الاداء وكيفية تطويره .. ولكن المشكلة اننا – فى مصر – لم نضع حتى الآن يدنا على الطريق الامثل الذى يتيح الفرصة لسماع كل هذه الآراء .. ولاشك ان الندوات واللقاءات الجماعية قد تنجح فى هذه الناحية ، ولكنها تستهلك من الوقت قدرا يفوق فى قيمته العائد الذى يخرج منها ، ولاشك أيضا أن الكلمة المكتوبة هى الوسيلة المثلى لتوثيق الحقائق ، والآراء ووجهات النظر ، ولمعارضتها كذلك . فإن من الصعب أن تناقش نصوصا (مرنة) تلقى فى الهواء ... ولكن مشكلة الكلمة المطبوعة فى بلدنا وصعوبات خروجها الى النور حالت مدة طويلة من أن يكون عندنا مثل هذا الكتاب وان لم تحل بالطبع من انتشار كم من الآراء بواسطة الصحافة .

الطب والصحة والعلاج .. ثلاث كلمات تبدو مترادفة مع أن لها معان مختلفة ولكنها متكاملة . فالصحة فى اللغة هى البرء من العيب ومن المرض ، وفى القيم الدولية المستحدثة لم تعد الصحة تعرف تعريفا سلبيا بانها انعدام المرض او العجز ، وهو التعريف الذى كان مستمدا من المعنى اللغوى ، وإنما أصبحت تعرف بانها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا ، وبهذا التعريف يتضح جليا دور العوامل البيئيه والاجتماعية والاقتصادية والثقافية فى مجال الصحة وسوف نفيض فى توضيح هذا المعنى فى الفصل الذى عنوانه : الصحة مسئولية من ؟

والطب هو علاج الجسم أو النفس ، وهكذا يعرف الطب بأنه علاج ، ويعرف العلاج فى اللغة بأنه اسم لما يداوى به من الدواء ونحوه ، ولكن المعنى الحضارى لكلمة الطب يتسع ليشمل النظام القائم بالطب . والموارد التى يفيد منها الطب والأشخاص القائمين عليه .. وفى النهاية الدواء ووسائل العلاج والمداواة الأخرى .

ولهذا فان مناقشة موضوع كالصحة والطب والعلاج فى مصر ينبغى أن تتشعب لتعود مرة ثانية إلى **جوهر الموضوع وهو الانسان فى صحته ومرضه** .. وإذا كان الطب والعلاج يتناولان الانسان بعد أن يصيبه ما يستدعيهما .. فان الصحة هى المسئولة عنه حتى من قبل أن يصيبه ما يستدعى العلاج أو بعبارة أخرى حتى لا يصيبه ما يستدعى العلاج .

وهذا الكتاب يعرض لهذه النواحي من الزاوية المصرية ، مستعينا بكل ما أوتي من قدرة على الافادة من المعلومات المتاحة والرؤىء المطروحة ، والدراسات المنشورة .. وهو يجمع بين التقرير والتقدير كما يجمع بين الرصد والتحليل .

وفي هذا الكتاب احصاءات كثيرة تفاوتت أزمانها وأشرنا إلى المصادر التي نقلناها عنها ، وفيه كذلك احصاءات تنشر لأول مرة ، وهي تلك التي اعددناها لدليل الخبرات الطبية القومية عن العاملين في مؤسسات التعليم الطبي .. ولبيان الفروق الهامة والخطيرة التي تنشأ عن تراخينا في تحديث بياناتنا الاحصائية فاننا نذكر على سبيل المثال أن مجموع أعضاء هيئات التدريس حسب البيانات التي تجمعت عندنا (حتى ابريل ١٩٨٧) لم يكن ليقل عن ٣٨٩٢ ما بين استاذ واستاذ مساعد ومدرس وقد زيد هذا العدد الطبع بمن منحوا اللقب العلمي وكانوا ينتظرون الحصول على الدرجة في اول يوليو تبعا لقانون الجامعات بينما أنه في احصائية مجلس الشورى يقدر هذا العدد بحوالى ٢٢٦ فقط !!

وربما كان لهذا الكتاب ان يفخر بأنه نجا من تكرار الصيحات المتكررة التي لاقت القبول عند أصحاب الفرصة في ابداء الرأي لانه لم يكن امامهم أسهل من تكرارها ، ولعل ابرز هذه الصيحات هي مسألة المعدل الحالي والمعدل الأمثل للاطباء إلى المواطنين .. فكل الناس تعرف بما لا يقبل مزيدا من الايضاح ان هذه المعدلات لا يمكن الاعتماد عليها في ظل قياساتنا التي نعرف جميعا ظروفها ، بل ربما كان المواطن أصدق حسا حين يقيم هذه المعدلات بعدد العيادات الخاصة والتي هي الدليل الواقعي على قيام الأطباء بمهنة الطب (مع استثمار نادر) أما حسبان أطباء الادارات والوزارات ... الخ فمسألة فيها نظر عند المواطن العادي ، وله حق في ذلك .

وتبلغ الخطورة في هذا الأمر حدا يجعل وكيل نقابة الاطباء نفسه يصرح لجريدة الوفد في مايس من هذا العام بقوله ان نسبة ٩٠ ٪ من الاطباء لا يملكون غير مرتبهم ، وان ٥٠ ٪ فقط هم الذين يملكون عيادات خاصة !! وهو قول يستدعي التأمين .

مسألة المعدل إذن والمعدل الأمثل بسيطة ولكنها خطرة ، وهي مع هذا لن تقدم ولن تؤخر في تقييم كفاءة الخدمات الطبية ولا في تطويرها .

ومع ذلك فنحن نعطيها أهمية كبرى .. ربما لانها البديل العلمي الوحيد المتاح للحكم على الأمور .

وليس أبلغ في التعبير عن وجهة النظر هذه من ان ننظر إلى الارقام المتاحة في تقرير مجلس الشورى على سبيل المثال ، والذي يقول ان المعدل الحالي للأطباء إلى عدد السكان هو ١ : ٥٦٣ نسمة بينما المعدل الأمثل هو ١ : ١٠٠٠ وليس من الصعوبة على الناس ان يكتشفوا ان هذا الرقم ليس إلا رقم العضوية في النقابة .. رغم ان من هؤلاء من ترك الطب من عشرين عاما ومنهم من تركه إلى مجالات اخرى من النشاط الانساني ... وهكذا ... الخ .

.... وسوف يصاب القارىء بالدهشة حينما يقرأ في الفصل الذي خصصناه للحديث عن الصحة في ألمانيا الغربية ان النسبة هناك كانت ١ : ٤٦٥ نسمة

أما فيما يتعلق بأطباء الاسنان فأننا وصلنا إلى معدل ١ : ٤٦٨٠ نسمة على حين أن المعدل الأمثل (!!) هو ١ : ٤٠٠٠ .

وفيما يتعلق بالممرضات فان المعدل المصري المسجل هو ١ : ٩٤٦ على حين أن المعدل الأمثل هو ١ : ٢٥٠

وبالتالي فان معدل الأطباء إلى الممرضات هو ١٠ إلى ٦ على حين ان المعدل اللأمثل هو ١٠ إلى ٤٠ !! ومع هذا فإن المراقب العادي للأمور يستطيع ان يجزم ان خدماتنا الطبية سوف تصبح أمثل !! حتى لو اختصرنا هذا العدد من الممرضات .. ربما لان مسألة الاداء والكفاءة هي الأهم في هذا الجانب .

ومع هذا فان الاحصاءات وأرقامها (مهما يكن تخلفها عن الوقاع الفعلي ، أو خضوعها لمفاهيم صماء قديمة من دون انطاقها بالحقائق) تعطينا صورة في غاية الأهمية عن المقارنة بين الجزئيات أو المفردات المختلفة في الجوانب المختلفة من القضية .. وليس ادل على ذلك من المعاني العديدة التي يمكن لنا ان نستنبطها من قراءة توزيع ميزانية وزارة الصحة على الأبواب المختلفة للميزانية .

فإذا أخذنا مثلا ميزانية ٨٥ ـ ١٩٨٦ وجدناها على النحو التالي :

توزيع الابواب	النسبة المئوية لجملة الأبواب الثلاثة
باب أول ٢٧١,١٩٤,٨٠٠ جنيها	٦٧,٤٪
باب ثانى ٨١,٦٨١,٤٥٩ جنيها	٢٠,٣٪
باب ثالث ٤٩,١٥٠,٠٠٠ جنيها	١٢,٣٪
المجموع ٤٠٢,٥٧٦,٢٥٩ جنيها	١٠٠٪

والقراءة الواعية لمثل هذه الأرقام ترينا أن الأجور والمكافآت (التى يعبر عنها فى الموازنة بالباب الأول) تستغرق أكثر من ثلثى الانفاق الرسمى على الصحة (٦٧,٤ ٪) ....

.... وهى القضية التى نواجهها فى كل المجالات الخدمية فى مصر بلا استثناء ، لأن المسألة كما نعرف جميعا تحولت إلى مسألة توزيع أجور ومكافآت حتى وان كانت على أقل تقدير بمثابة بدل بطالة .

ثم ان المصروفات الجارية وهى التى تتضمن الصيانة والدواء وما إلى ذلك مما يقابل ما فى حياتنا الخاصة :ـ مصروفات البيت (مع الفارق) لا تتعدى عشرين فى المائة من جملة الانفاق الصحى .

أما الباب الثالث وهو الذى يمثل الاستثمارات فى القطاع الصحى فهو لا يبلغ ثمن الميزانية وبالتحديد ١٢,٣٪ وهى العلاقة الحقيقة بكل تاكيد على ضعف مستوى الاستثمار فى هذا المجال ، وفى كل مجالات الخدمات فى بلادنا ، وهى الظاهرة الملحوظة من أننا نهمل الاستثمار فى مجالات الخدمات ونظن ان الاستثمار لا يكون الا فى الانتاج مع ان التعليم والصحة هى أهم الاستثمارات .... وهى القضية التى وصل العالم الآن الى وجه الحقيقة فيها بعد عقود من الضلال الفكرى .

ذلك ان مسئولية الدولة أو نظام الحكم عن صحة المواطنين لم تستقر لها ـ فى الأذهان ـ صورة موحدة على مر التاريخ الانسانى ، وذلك على الرغم مما أدركته الفطرة الانسانية من قديم الزمن من أن حياة الانسان ـ وبالتالى صحته ـ لا تقدر بمال .. إلا أن زمن المادية وانحسار القوة الروحية فى العصور الغربية جعل هناك تفكيرا يراود الأذهان فى بعض الأحيان حول التشكيك فى جدوى ما ينفق على بعض البشر حين لا تكون هناك فائدة ترجى من هؤلاء البشر ، ولكن مر الزمن وكما يقول أستاذنا الدكتور محمود محفوظ :ـ وبتعميق النظرة وأعمال الفكر أن الانسان ليس المستهلك الوحيد للانتاج فقط ، **ولكنه الوسيلة الحقيقية الوحيدة للانتاج الذى يعود فيستهلكه ، و أصبحت النظرة أن الانسان هو هدف التنمية وهو وسيلتها ، وتحول مفهوم الرعاية الصحية من مجال الاستهلاك والخدمات إلى مجال الانتاج والتنمية ، و أمكن لمن ينكر القيمة المعنوية للحفاظ على الانسان أن يقيمها بمقياس التكلفة والعائد** ..

وربما تكون هذه الافكار فى تطورها كلها **غريبة عن تفكيرنا فى مجتمع متشبع بالقيم الاسلامية** ، إلا أنه مما لاشك فيه أن التخصصات الداعية الى الانتقاص من حقوق الانسان فى مجال العلاج والطب والصحة لن تصدر ـ ولم تصدر ـ إلا عن المتطرفين فى مذاهبهم .. وهذه فقرة تحذير قد تجلب على كاتبها بعض المتاعب ، ولكنها قد تنجيه أيضا من عذاب شديد .

بقيت نقطة لا أظن أن هذه المقدمة **تكون قد استوفت مقوماتها من دون الاشارة إليها ، وهى الاستقلال الوطنى فى مجال الصحة والطب والعلاج** .. وهو للأسف مهدد إلى أبعد الحدود ، **مهدد فى التعليم** الطبى الذى لايزال مرتبطا بالمدرسة التى لها لغة نلتزم بها فى تعليمنا على خلاف ما تقضى القوانين ، والدستور ، والواجب ، والتطور ، الزمنى ، والجهود العالمية فى كل لغة ، وهى قضية خطيرة جدا تتضح فى كل خطوة من خطوات التأهيل العلمى والتعليم الطبى ، ولكننا ندفن رءوسنا فى الرمال ، وهناك بعد ذلك **الاستقلال الوطنى فى العلاج الذى يعنى استطاعتنا على ان نعالج أقصى ما يمكن من حالات مرضانا عندنا**

ومن أسف ان هذه النقطة أيضا كثيرا ما تصيبنا بالاحباط ، ثم هناك الاستقلال الثالث ، فى تصنيع الدواء وهو احدى السلع الاستراتيجية الهامة فى كل دولة ، وهنا استاذن القارىء فى نقل فقرات من تقرير رسمى :ـ

« وتلجا كثير من الدول إلى وضع **قائمة الأدوية التى لا غنى عنها والتى يجب ان تتوافر فى جميع الظروف** ، وتسمى قائمة الأدوية الأساسية ، ويجب ان تضع مصر مثل هذه القائمة ، وتكون مسئولية الدولة التركيز على انتاجها فى شركات القطاع العام ، على أن توضع أسعار اجتماعية مقبولة لها يراعى فيها مستوى دخل الفرد والاعتمادات المالية للقطاع الصحى ، وتتحمل الدولة أعباء تحقيق هذه الخدمة ، أما باقى الأدوية فتترك للنشاط الاقتصادى الخاص والعام . »

« ونظرا لاهمية الأدوية الأساسية كسلعة استراتيجية يصبح من الضرورى انتاج ما يمكن من مكونات هذه الأدوية محليا . »

أولا : لضمان توافرها ، ثانيا : للتحكم فى أسعارها . وهذا يتطلب تكاملا بين قطاع الدواء وقطاعات الصناعات الكيماوية والانتاج الزراعى (لتوفير النباتات الطبية) ، وكليات الصيدلة والهندسة والعلوم لتوفير القوى العاملة القادرة على تحقيق الانتاج المطلوب .

« **وإلى جانب سياسة توفير الدواء اللازم لابد من وضع ضوابط لاستهلاك الدواء** . وأهم هذه الضوابط حظر صرف الدواء الا بتذكرة طبية ، واختيار العبوات الملائمة لترشيد الفاقد من استعمال الدواء ، وتوعية الأطباء والمواطنين فى كيفية التعامل مع هذه السلعة الاستراتيجية . »

ولكن الأسف يقتضينا ــ مرة أخرى ــ أن نقرر أننا اليوم نهمل هذه المسالة تماما ، بل والادعى من ذلك أن بعض الاجراءات الاقتصادية تزيد المشكلة تعقيدا حين تابى الا ان تعكر على المرض صفو مرضهم نفسه ، بتعجيزهم عن وجود الدواء فى كل آن ومكان .

وقد إلتزمت فى هذه الفصول بالدقة الكاملة فى نقل الأرقام المتاحة أمام الباحث ، وتجميعها .. وسوف يلاحظ القارىء بعض التضارب . (بلا شك) بين بعض هذه الأرقام وبعض ولكنى اثرت أن تكون أمامه منظورات مختلفة يمكن له أن يتبين الحقيقة فى أحدها أو فى متوسطها على أن أفرض عليه وجهة نظر واحدة .. أو معدلة .

وحرصت على استقصاء الحقائق المتعلقة بالموضوعات المختلفة فى عدة مصادر لعل أهمها :

(١) **المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى** (١٩٥٠ ــ ١٩٨٠) الذى أعده المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية برئاسة العالم الكبير الدكتور أحمد خليفة .. وقد رأس اللجنة التى أعدت تقرير الصحة الدكتور عبد الغفار خلاف الوكيل الأول لوزارة الصحة .

(٢) الدراسة التى أعدتها لجنة الخدمات بمجلس الشورى (١٩٨٧) وضمنتها التقرير الخاص عن العلاج فى مصر ، وقد استعانت هذه الدراسة (واستعنت بالتبعية) بمجموعة من التقارير وأوراق العمل قدمها الاعضاء والخبراء .. وقد صاغ هذا التقرير الدكتور محمود محفوظ رئيس لجنة الخدمات والدكتور محمد محمود رضوان وقد نشرت بعض فقرات هذا التقرير فى الأهرام الاقتصادى فى عدد الاثنين ٢٩/٦/١٩٨٧ .

(٣) الدراسة التى نشرها **الأهرام الاقتصادى** للأستاذ وجدى رياض فى أغسطس ١٩٨٥ [على مدى خمس حلقات] عن المستشفيات الاستثمارية .

(٤) تقرير **هيئة الاستثمار** عن المستشفيات الاستثمارية ، ومشكلاتها الاقتصادية ، والربحية فيها .. إلخ وقد نشرت منه أجزاء عديدة تباعا فى الصحف والمجلات المعنية .

(٥) الدراسة الشاملة التى قمت بها وقدمت بها كتاب « دليل الخبرات الطبية القومية » الذى أعددته لمركز الاعلام والنشر الطبى الذى أشرف برئاسته فى الجمعية المصرية للأطباء الشبان ، وهو عمل ضخم لا يزال فى المطبعة ، وقد استعنت فى المقدمة التى تناولت تاريخ مؤسسات التعليم الطبى المصرية بمجموعة هامة من المراجع (أكثر من أربعين مرجعا) فضلا عن التجميع الدءوب للمعلومات المتاحة فى كل مؤسسة على حدة ، والاحصاءات التى تنشر عن الموقف فى إبريل ١٩٨٧ فى كل هذه الكليات والمعاهد ، والتى يحتويها هذا الدليل بالاضافة إلى كل الأسماء والتخصصات .

(٦) مجموعة الأرقام والتصريحات والأخبار التى نشرتها **وزارة الصحة والأجهزة المعنية** خلال السنوات الخمس الماضية ، وقد استعنت فى هذه الناحية بأكثر من أرشيف صحفى لصحفنا القومية والمعارضة .

(٧) **الأرقام الخاصة بالصحة فى مشروع الموازنة العامة للدولة والخطة الخمسية فى الوثائق المقدمة للبرلمان المصرى .**

(٨) **دراسات وتقارير المجالس القومية المتخصصة .**

الباب الأول :ــ واقع الخدمات الطبية .

الباب الثانى : آفاق للخدمات الطبية

الباب الثالث : الأطباء

الباب الرابع : الطب والصحة والمجتمع

الباب الخامس : التعليم الطبى

الباب الأول : واقع الخدمات الطبية .

[١] صراع الكم والكيف فى الخدمات الطبية والتعليم الطبى

لا يختلف اثنان على أن العلم لا نهاية له ، ونحن إذا تصورنا أن زيادة عدد المتعلمين تنخفض بمستوى العلم الذى عند كل منهم فليس مرجع هذا أبدا إلى التفكير فى الأمر على ضوء الحقيقة الرياضية التى تقول بثبات القدر الاجمالى مما يجعل نصيب كل فرد يتضاءل إذا زاد عدد الأفراد ، قد ينخفض مستوى التعلم نتيجة لانخفاض كفاءة المعلم حين تتوزع على عدد أكبر مما تطيقه قدراته ، ولكن السبب ليس أبدا فى أن العلم ذا كمية ثابتة تتناقص مقاديرها عند الأفراد المتلقين للعلم إذا زاد عددهم ، فاذا نحن رفعنا من كفاءة المعلم سواء بزيادة أعداد المعلمين أو بتحسين الاداء فى العملية التعليمية ، أو بتطوير الوسائل السمعية والبصرية المصاحبة للعملية التعليمية ، أو بتحديث أسلوب التعليم والتعلم أو بتهيئة الظروف الأكثر مواءمة لنجاح العملية التعليمية فسوف نجنى ثمار تعليم أفضل !

ومع هذا فإن الرأى العام المصرى لا يعدم من وقت لآخر صيحات ترتفع فيه يكون هدفها : تقليص الخدمات والحد من الخيرات ، وتكون تحت ستار الدعوة إلى الاصلاح والتحسين وإصلاح الكيف !! ولا يكون السبيل إلى ذلك إلا بانقاص الكم !!

وقد أصبح مثقفونا وهم يؤمنون أن الكم والكيف مدرستان متعارضتان فى الفكر الاصلاحى ، وأهل الثقافة فى هذا البلد لا يفتأون يرددون عن قبول عجيب فكرة أنه كان هناك وزيران : وزير يهتم بالكم حتى أخرج فى كل يوم أربعة كتب ، ووزير يهتم بالكيف !! وهو فصل مفتعل ومتعسف ، ولكن الحاجة إلى بلورة الاختلاف بين فلسفتين كثيرا ما تستدعى مثل هذه التقسيمات البراقة التى لا تنطلى إلا على المغالطة العميقة ، إن كان من الجائز وصف المغالطة بهذه الصفة !!

وعلى ضوء من هذا الفهم يمكن التامل فى الدعوات القوية إلى تخفيض أعداد المقبولين فى كليات الطب ، ورغم كل المبررات الحقيقية الدافعة إليها ، إلا أن أكبر المغالطات فيها أن نقول إن مستوى تعليم الطب قد انخفض بسبب زيادة الاعداد ، مع أن طلاب الطب اليوم يتعلمون الطب بفضل الدروس الخصوصية فى أعداد أقل من التى كانت تتعلم الطب فى الزمن الماضى قبل الدروس الخصوصية ، ونحن إذا أردنا أن نقارن بين ظروف التعليم أمس واليوم ، فسوف نخدع أنفسنا إذا جعلنا المعيار هو عدد الطلاب فى الفرقة مقسوما على عدد الجثث المتاحة فى مشرحة الكلية ، وسوف نصدق مع أنفسنا إذا حسبناه مقسوماً على عدد الجثث المتاحة فى الأماكن التى يلتقى فيها الطلاب بأساتذة لهم (سواء من الأساتذة أو من هيئات التدريس أو من أطباء خارج هيئات التدريس) حول هذه الجثث !! وسوف نجد فى هذه الناحية ازدهارا شديدا فى الأماكن التعليمية المتاحة . !!

والأمر إذن فى القاء التبعة على زيادة الاعداد أقرب ما يكون إلى البحث عن الشماعات التى تغطى خطايانا حين ننصرف إلى تعليم العلم الثانوى قبل الأولى ، والمهم قبل الاهم ، والخاص قبل العام ، وما لا يلزم قبل ما يلزم فى كل حين ، وحين نسير على نظم تعليم وتدريب وامتحانات سقيمة ، وحين نهمل الزمن ونريد ألا يهملنا الزمن !

أليس هذا هو جوهر المشكلة فى تعليمنا الطبى الذى لو قصرناه على عشرة طلاب فقط فى كلياتنا الطبية الجامعية الثلاث عشرة لما آتى ثمارا خيرا مما يؤتيها اليوم ؟ وخيرا مما يؤتيها لو حمل خمسة آلاف طالب كل عام !!

دعونا أيها السادة نثبت بعض المتغيرات حين نبحث عن العامل الذى يمكن توجيه الاتهام إليه ، والقاء التبعة عليه !!

هل يمكن للتعليم الطبى أن يزدهر بمجرد تقليل الاعداد ، ها قد حدث وقللت (خفضت) الأعداد منذ سنوات خمس ، فهل ازدهر هذا التعليم ؟

قد لا يكون لنا إلا أن نؤكد أن تقليل الكم في حد ذاته ليس كفيلا باصلاح الكيف ، ومع بداهة هذه الفكرة إلا أن كثيرين منا لا يتورعون عن أن يرفعوا مثل هذا الشعار البراق شعارا للناس حين يريدون التقليص ، أو حين يريدون أن يبرروا الكساد الفكري الذي ينتج من جراء قرارات ما .

ولكن هل يستطيع كاتب هذه السطور أن يزعم للناس أن زيادة الكم قد ترفع أو تحسن من المستوى ؟ هذا هو السؤال الذي لابد منه إذا كنا لا نريد المساس بتوسيع القاعدة !

على أنه ينبغي لنا قبل هذه النقطة أن نتدارك أهمية تدبير الامكانات التي تسمح باداء الحد الأدنى من الخدمة للقاعدة الموسعة قبل أن ننتظر منها تحسين الكيف الذي يمكن أن يأتي كنتيجة للتوسع .

وأول ما قد يتيحه التوسع في الأعداد هو **البحث عن المواهب** التي تضيع حين يقتصر البحث على طائفة محدودة من أبناء الذين وصلوا وليس في اشتراكيات التعليم كلها فائدة تفوق الفائدة التي تعود على الوطن حين يتيح نظام التعليم للنوابغ الحقيقيين أن يأخذوا مكانهم في الطريق إلى خدمة بلادهم أو على هذا الطريق ، حتى وإن لم يوفقوا في هذا فيما بعد !!!

ومع أنه قد ينتج عن زيادة الخريجين في المهنة الواحدة أن يقوم أفرادها بوظائف أدنى من الوظائف التي كانوا يقومون بها قبلا كأن يقوم الأخصائي بعمل النائب ، والنائب بعمل الامتياز ، والامتياز بعمل الممرضة والممرضة بعمل التلميذة ... الخ) فإن مما لا شك فيه أن مثل هذا التدني ليس ببعيد عن مصلحة المريض ، بل قد يكون أقرب إلى هذه المصلحة .

ومع أنه ينتج عن زيادة الخريجين **اشتغال كثيرين منهم في غير المهنة التي بذلوا السنوات الطوال من التعلم فيها** ، إلا أننا يجب أن نفرق بين تعلم الطب وامتهان الطب ، ومن أسف أننا في مصر لا نراعي للامتهان حقوقه التي تتبع في معظم بلاد الدنيا ، حين يكون هناك امتحان للسماح بممارسة المهنة ثم امتحانات متكررة للسماح بالاستمرار في ممارسة المهنة ، وعلى هذا أصبحنا نظن أن مجرد الحصول على درجة البكالوريوس هو كل ما في هذا الأمر ، ولهذا ينتابنا الأسى إذا وجدنا حاصلا على بكالوريوس ترك ممارسة الطب ونقول : يا خسارة !! ، مع أن في العالم كله من حولنا كثيرون جدا يحملون هذا البكالوريوس ودرجات عليا أرفع منه وأكثر تخصصا ، وأبعد أثرا ، ولكنهم لا يمارسون المهنة ، لأنهم لا يسمح لهم بالممارسة رغم أنهم قد يريدونها ، فما بالنا بالذي لا يريدها أصلا .. وهذا هو جوهر قضية هامة ورثناها من الانسياق وراء حكومة تتولى الارضاع والاطعام والتوظيف ولا مانع عندها بعد ذلك من القيام بدور الملحد .. وإن كان الموتى يريدونها « مغسل وضامن جنة » .

سوف نجد اذن كثيرين ممن يحملون شهادات في الطب ولا يمارسون الطب ؟ وما الضرر من ذلك ؟ وهل الثقافة الطبية شيء معيب في حد ذاته ؟ وهل العقلية الطبية شيء غير مستحب في الحياة العامة ؟ وهل الوعي بالطب أمر ينقص من قدر الانسان ؟ أظن أن العكس هو الصحيح في كل هذه الأحوال الثلاثة ، ولهذا فإن القول بالنفع في أمر زيادة أعداد الذين يتعلمون الطب أقرب إلى الصواب من الادعاء بالضرر .

ثم ننتقل بعد **هذا إلى قضية الخدمة الطبية** ، هل لا تستفيد الخدمة الطبية من زيادة أعداد الأطباء حين توكل أمور الخدمات الصحية ، والادارة الصحية ، وإدارة المستشفيات ، وخدمات الرعاية الطبية للأمومة والطفولة والرياضيين والشيخوخة والمعوقين وضحايا الحروب والحروق ... الخ) إلى أطباء من هؤلاء الذين تلقوا التعليم ولم تتح لهم فرصة الممارسة الاكلينكية سواء عن رغبة منهم في البعد عنها (كما في حالة ربات البيوت من الطبيبات) أو في عدم السماح لهم (إذا ما حرصنا على مستوى معين للأداء المهني) .

أليس قيام خريجي الطب بمثل هذه الوظائف (الهامة في المجتمع) في الرعاية الصحية والطب الوقائي خيرا من بقاء هذه النواحي مصدر قلق وإزعاج لنظامنا الطبي كله ! ومع هذا فإنه ينبغي التنبه إلى أهمية الاهتمام بفاعليات الأجهزة الادارية القائمة على هذه السياسات وإلا تحول الأطباء في دولاب العمل في هذه الادارات إلى ذلك النوع من موظفي كاريكاتير النوم المتصل في المكتب !

وتتبقى بعد هذا كله نقطة هامة تتعلق **بالتدهور الواضح الذي أصاب دخول الأطباء** (وبخاصة القاعدة العريضة منهم) نتيجة زيادة أعدادهم ، هذا التدهور الذي جعل أسعار العمليات الجراحية تتدنى إلى الحد الذي جعلها تنخفض في المتوسط عن أسعارها منذ عشر سنوات مثلا ، ومع أن مثل هذا الأمر يمكن قبوله أو فهمه في ضوء نظريات العرض والطلب ، وثبات مقدار العمل المتاح (على خلاف لا نهائية العلم المتاح وعدم قابليته للتناقص مع زيادة المقبلين عليه .. كما أسلفنا في مقدمة هذا المقال) ، إلا أن وجه الحقيقة فيه يرجع إلى سوء تخطيطنا لتوزيع الأعداد على الاختصاصات ، ففي الدلتا كلها يوجد أستاذ واحد في جراحة من الجراحات الخاصة ، وفي أي شارع من شوارع أي مدينة في الدلتا ذاتها يوجد عدد لا يستهان به من جراحي جراحة أخرى من الجراحات الخاصة ، وهذا موضوع آخر أعمق من أن يناقش هنا ، وأوسع من أن يتناوله قلم واحد ..

[٢] الصحة .. مسئولية من ؟

ليس لأحد أن تزعم أن وزارة الصحة هى المسئول الأول عن « الصحة » فى بلادنا ، بل على النقيض من ذلك قد تكون **وزارة الصحة هى المسئول الاخير عن « الصحة » فى بلادنا** .

وكل العوامل الآن مهيأة لأن تكون وزارة الصحة وزارة دولة فقط ، وأن تتولى **المحليات كل الأمور المتعلقة بالصحة بدءا من العلاج فى المستشفيات التى هى محلية بالطبع ومرورا بتوزيع القوى البشرية** (الاطباء ـ الصيادلة ـ التمريض ـ الفنيين)على كافة المواقع بالتنسيق مع الجامعات التى أصبحت محلية (أو أقليمية) هى الأخرى ، فلا يكون هناك داع ولا محل على الاطلاق لهذه الحركات غير المحسوبة التى نقوم بها من توزيع الأطباء أربع أو خمس مرات (فى الامتياز والتكليف والنيابات والانتدابات والاخصائيين) على النحو الذى أوضحه برشاقة الاستاذ صلاح الدين حافظ فى مقاله فى أخبار اليوم (يونيو ١٩٨٧) .

ومع أننا نعرف أن كليات الطب ليست موجودة فى كل المحافظات ، وكذلك (بل وأكثر) الأمر فى معاهد التمريض وكليات طب الاسنان والصيدلة .. الخ) فإن المسألة ليست بهذا المنطق الذى يضحى بفكرة اللامركزية اذا لم تكن لامركزية كاملة . انما يمكن النظر فى المسألة تبعا للتوزيع الاقليمى الذى يجعل محافظات القناة الثلاثة وسيناء مرتبطة بالجامعة الموجودة فى الاسماعيلية والتى تحمل اسم جامعة قناة السويس ، ويجعل دمياط والدقهلية مرتبطة بجامعة المنصورة ، ... والاسكندرية والبحيرة ومطروح مرتبطة بجامعة الاسكندرية .. وهكذا)

تنتهى عندئذ مسائل توزيع الاطباء والقوى البشرية بالاضافة إلى أمور العلاج كلها وأمور الطب الوقائى الروتينى كله عند مجالس هذه المحافظات ، وقد بدأت هذه المجالس تقوى ، ويصبح تطور المحليات فى قوانين الصحة والعلاج والعلاج الاقتصادى والتمويل ونسب الأسرة بالأجر وغير الأجر ..وأسعار الخدمة الطبية .. الخ) بدون حاجة الى قواعد موحدة وادارات موحدة فى القاهرة .

وتوزع فرص التدريب والنيابات على هذا النحو بالعدالة بين المحافظات التى تتولى هى الأخرى توزيعها (حتى ولو على كليات طب خارج نطاقها تبعا للتخصصات المختلفة) .

ويمكن حل المشكلات الناجمة عن عدم تناسق توزع الخريجين من المحافظات البعيدة فى سهولة ويسر متى تحددت أرقام العجز هنا ، والفائض هناك ، وهى مسائل محدودة جدا ، ومصيرها الى زوال ، لأن هناك فائضا فى كل مكان .. ولم يفعل الوزير الذى شتت الطلاب إلا أنه ـ بصراحة ـ شتت الفائض الذى كان من قبله يحتفظ به فى محافظتين قريبتين من القاهرة ، ولم يكن فى وسع أحد أن يجاهر بذلك ، فآثر الكل معاملة المشكلة على أنها مسألة ابعاد الفائض على الورق الى اماكن بعيدة فحسب ، وتركوا للوزير مزية الفخر المزعوم بتغطية الخدمة الصحية فى الاماكن البعيدة !! .

كل هذا بالاضافة الى توثق العلاقات بين الجامعات التى تمثل مراكز التعليم والتدريب ومستشفياتها وبين الصحة وغيرها من أجل تحقيق تكامل يفيد بلاشك فى أداء الخدمة الصحية على خير وجه .

ولكن هل الصحة هى مجرد ذلك الدور الذى تقوم به المحليات أو الوزارة المركزية فى استغلال وتوظيف الموارد الصحية .. الاجابة بالطبع : لا ..وهذا **هو سر التقرير فى أول هذا المقال بان وزارة الصحة قد تكون المسئول الاخير عن الصحة فى بلادنا** ..ويحدد لنا المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى الذى أصدره المركز القومى للبحوث بعض الانشطة التى تؤثر بالايجاب أو السلب على المستوى الصحى للمجتمع وهى على النحو التالى :

١ ـ **البيئة** : أى مدى توفر المياه الصالحة للشرب ومرافق الصرف الصحى ومدى خلو البيئة من التلوث .. ومدى توفر المسكن الصالح وغير ذلك من العوامل كالضوضاء وكثافة السكان .. الخ) .

٢ ـ **التعليم** : أى مدى انتشار **المعرفة والاتجاهات الصالحة** بين المواطنين ومدى **استخدامهم لهذه المعرفة** فى حل مشكلاتهم ومدى انتشار الأمية بين السكان .

٣ ـ **الوضع الاقتصادى الاجتماعى** : أى مستوى الدخل الفردى والتباين فى الدخول والمستويات الاجتماعية مع التركيز على الشرائح الأقل دخلا والأدنى فى السلم الاجتماعى حيث أنها أكثر تعرضا للاصابة بالمرض .

٤ ـ **التغذية** : أى مدى توافر الغذاء الصحى للجميع **وخاصة الفئات الحرجة** مثل الحوامل والمرضعات والاطفال فى السنوات الأولى من العمر .

٥ ـ **الثقافة** : ونعنى بها على وجه الخصوص **العوامل التى تحدد موقف المواطن من الصحة** والمرض ومدى تفهمه لها وتعامله معها ، **ومدى قدرته على اكتساب السلوك الصحى السوى** والتخلص من العادات غير الصحية ، **ومدى انتشار الممارسات الطبية الشعبية** بين الافراد وتأثير الممارسين للطب الشعبى عليهم .

٦ ـ **انتشار وسائل الاعلام** : أى مدى استخدام الاذاعة والتليفزيون والصحافة فى نشر الثقافة الصحية وانعكاس ذلك على سلوك المواطنين وعاداتهم الصحية .

٧ ـ **الالتزام السياسى من جانب الدولة** : أى مدى اقتناع الحكومة بضرورة تحسين المسار الصحى بتوفير الميزانيات اللازمة واعداد القوى البشرية المدربة ، وبذل الجهد لتحسين القطاعات الأخرى المؤثرة فى الناتج القومى .

٨ ـ **الموارد الصحية المتاحة** : أى **مدى تغطية الخدمات الصحية لاحتياجات المجتمع ومدى تقبلها من الجماهير المستهلكة لتلك الخدمات ومدى وفاء الخدمة بالالتزامات المنوطة بها** .

[٢] كيف تفسد الأنانية خدماتنا الطبية !

فى مصر طب متقدم لاشك فى هذا ، وفيها أساتذة ممتازون و أطباء على أعلى قدر من الكفاءة والحنكة ، ومع هذا فإن نظامنا الطبى يصبح مفضوحا بشدة أمام حالة غيبوبة سكرية يمكن للطبيب الصغير ان يكتشفها وان يعالجها ، ويصبح مكشوفا بشدة أيضا أمام حادثة على الطريق الكبير من طرقنا الكبيرة القليلة دعك من الطرق الصغيرة ! ويصبح نظامنا الطبى فى حرج بالغ عندما يجد الناس أنفسهم فى حاجة إلى خرق القواعد والبروتوكولات من أجل العمل على نقل مريضهم من مستشفى إلى آخر ، ويصبح نظامنا الطبى كله محل تساؤل حين يذهب بعضنا سواء من قادة الفكر أو قادة التنفيذ أو قادة الطب نفسه للعلاج من أمراض بسيطة خارج هذا الوطن كله .. **ويصبح نظامنا الطبى كله محل شك كبير حين يصرح وزير الصحة نفسه فى تبرير تصرف من هذه التصرفات بانه قد استحال عزل المريض عن الاجهاد العصبى من حوله ، فإذا صدق هذا فنحن نمارس الطب على قارعة الطريق** !!

ما الذى دفعنا الى هذا كله أو ما الذى جعلنا فى هذا المازق الصعب ؟ من العجيب أن نظامنا الطبى نظام متفرد وفى تفرده هذا سر معاناته ، فنحن لا نؤمن بنظام واحد فى الطب ، ولكننا نؤمن بكل النظم جميعا ثم لا نقتصر فى ايماننا هذا على تقديرنا واحترامنا لهذه النظم ــ بحكم سعة افق اطبائنا ــ وإنما نتعدى ذلك إلى تصور ان فى امكاننا أن نجمع بينها جميعا فى مجتمع مهما يكن تعداد سكانه فهو صغير على ان يتقسم بين أنظمة طبية متعددة كالتى عندنا .. نحن نجمع فى نظامنا الطبى بين العلاج العام والعلاج الخاص ، بين السوق البيضاء (وهى سوداء الخدمة) والسوق السوداء (وهى بيضاء الخدمة)، بين التأمين الصحى والعلاج المجانى ، بين الطب المؤمم والطب الاستثمارى ، بين سيطرة رأس المال [بدءا من مستوصفات الممرضين التى يعمل فيها الاطباء الصغار الى مستشفيات الاستثمار التى يعمل فيها الاساتذة الكبار ومع هذا ليس لهم من أصوات مجلس الادارة بحكم التمويل الا أقل من ١٠٪] وبين سيطرة رأس العلم [فى المستشفيات الجامعية مثلا]

ثم ان عندنا بعد هذا كله مستشفيات عامة وأخرى مركزية ، ومستشفيات تعليمية وأخرى جامعية مؤسسة علاجية ومؤسسة للتأمين الصحى . بالاضافة إلى هذا فقد ورثنا من أيام ارتباطنا بالحضارة الانجليزية سلسلة من المستشفيات المتخصصة على أعلى المستويات .

ومع هذا كله فإن عندنا سلسلة من المستشفيات العسكرية حافلة بالامكانات والمعدات والمبانى الممتازة .

وبعد هذا كله لا يزال طبنا ونظامنا الطبى يعانى على نحو ما ذكرنا .

وقد يعجب القارى إذا أكدت له أن الانانية هى السبب الاكبر وراء كل هذا الذى نعانى منه !

وقد يعزو قارىء آخر سبب هذا التفكير إلى الطبيعة الادبية لكاتب المقال ، ولكنى استطيع أن أؤكد للجميع أن الطبيعة الادبية لم تكن وراء هذا التفكير عشر معشار (أى ١ ٪) ما كانت الطبيعة الطبية لكاتبه .

وسوف نضرب أمثلة على هذا الغرض : —

(١) **هيئة محترمة** كان رأسها فى وقت من الأوقات يحظى بتدليل الرئاسة فاذا هو يستصدر قرارا بضم مستشفى الى وزارته ، ثم يخصص ميزانيات ضخمة جدا لانشاء مستشفى آخر جديد بجواره ، ثم هو يطور هذا المستشفى وكل هذا جميل ونحن لسنا ضده فى شىء على الاطلاق .. ولكن الادهى والأمر أنه يكتفى فى مسألة العنصر البشرى بإلحاق بعض خريجى الطب بوزارته وتعيينهم فى المستشفى وانتداب بعض الاساتذة ساعات محدودة فى الاسبوع .. فهل هذا نظام كفيل بالعلاج ؟ وهل يثق هو نفسه بعلاج نفسه فى هذا المستشفى ، وهل سيكون لهذا المستشفى مستقبل فى يوم من الأيام (علما أو علاجا) اذا سار الأمر على هذا النحو ؟ .. انما هى الانانية التى تكلف صاحبها أضعاف ما كان يتكلف لو عالج مرضاه فى أعظم المستشفيات الاستثمارية التى تعانى اليوم من قلة نسبة الاشغال بعد كل هذه النفقات !

(٢) **مؤسسة علاجية عامة** محترمة لاتزال إلى اليوم تكتفى فى نظامها الطبى بانتداب الأطباء فترة النيابة ثم يخرجون إلى وزارة الصحة التى كانوا على قوتها ، أما الاخصائيون والاستشاريون فهم فى أغلب الأمر من أساتذة الجامعة والمعاهد .. وتحقق المؤسسة أرباحا ، ولكن سمعتها لا تقوم أبدا إلا على هؤلاء الذين وقعوا عقودا (منذ زمن بعيد كعقود ايجارات المساكن القديمة) معها لعلاج مرضاهم فيها .. وفيما عدا هذا فإن هذه المؤسسة التى تتم فيها حتى اليوم (وتمت بالأمس) أعظم انجازاتنا العلمية وعملياتنا الجراحية الجديدة وطرق العلاج المستحدثة يضيع عليها شرف تسجيل كل ذلك فى تاريخها العلمى بفضل تقاسم الانانية : أنانيتها للمال ، وأنانية الجامعة للعلم والنفوذ الطبى .

(٣) **كلية طب عريقة** أصبح عدد الاساتذة فيها حوالى خمسمائة هذا عدا الاساتذة المساعدين والمدرسين والمدرسين المساعدين والنواب ومع هذا لم يعد واحد من هذه الكلية كلها يخرج لها إلى كلية أخرى لينشأ قسما جديدا مع أنها فى الماضى انشأت بمفردها ثلاث كليات كاملة من أعظم ما يكون وبأسلس ما يكون !! وحتى اذا خرج واحد منها إلى الوزارة عاد ليشغل كرسيه السابق فيها لا لينشىء شيئا جديدا .

وسوف تصاب هذه الكلية بالترهل الباطن ثم الظاهر ، وسوف تنفجر فى يوم من الأيام اذا هى ظلت على حالها من رفض الانقسام الطبيعى والتكاثر الذى جعله الله سمة لكل الكائنات الحية !!

(٤) **مستشفى عسكرى عام** ، لا يقع فى القاهرة ، فهو لا يحظى بكثرة رجل أطبائه عليه كل يوم ، وهو لهذا لا يؤدى من الخدمات عشر معشار ما تتيح له امكاناته لأن العنصر البشرى هناك لا يلقى الجزاء الذى يشجعه على البقاء فى هذه المدينة الصحراوية بل العمل المثمر فيها ، وحتى الأطباء المجندين فى هذا المستشفى يشكون من تحملهم قيمة طعامهم فى الأيام التى يقضونها هناك .. ولو كان هذا المستشفى فى بلد آخر لتحمل بلا مبالغة المشاكل الصحية لأهل أقليم هناك يناظر الدلتا عندنا .

(٥) **مستشفيات صغيرة كثيرة** تصمم على أن تسير بسرعة فى السباق المحموم من أجل الأجهزة الطبية الجديدة المكلفة جدا ، والتى تتجدد موديلاتها على نحو ما تتجدد السيارات .. ومع هذا فإن هذه الأجهزة تبقى فى المخازن حتى تتلف أو يمضى زمانها .. أو هى لا تعمل ، وان عملت اكتفت من ذلك بيومين فى الاسبوع ومن المدهش لنا اليوم ان نكرر على اسماع أقوامنا ان المعامل المركزية الدقيقة فى اليابان كلها ثلاثة معامل فقط ، وتأتيها العينات من اليابان كلها كل يوم فتكون نتائج التحاليل فى كل المستشفيات اليابانية صباح اليوم التالى بفضل نظام اتصالات جيد انفق عليه بعض ما ننفق فى شراء أجهزة المخازن .. ومن الطريف انى سمعت هذا من وزير صحة سابق .. وزير صحة مصرى !! وما هى الا امثلة !!

● نشر هذا المقال بجريدة الاحرار ، أما الفصل الأول « صراع الكم والكيف فى الخدمات الطبية والتعليم الطبى » ، والفصل الرابع « تقييم كفاءة الخدمات الطبية » فقد نشر فى العدد الأول من المجلة المصرية للعلوم التطبيقية .

[٤] تقييم كفاءة الخدمات الطبية

تتعدد الآراء فى المعايير التى يمكن على أساسها تقييم كفاءة الخدمات الطبية ، وبخاصة تلك التى تقدمها المستشفيات ، ويمكن القول إن معدل شغل المريض للسرير يعد واحدا من أهم المعايير و أقربها إلى التعبير عن مدى هذه الكفاءة .

وفى ظروف مثل ظروفنا الحاضرة حيث ارتفعت تكلفة السرير الواحد فى البناء الطبى والتجهيزات الشاملة التى تستلزمها مجموعة الأسرة فى المستشفيات حتى قفز الرقم من ثلاثة آلاف جنيه إلى مائة ألف جنيه للسرير الواحد فإن أهمية مثل هذا المعيار تتضاعف حتما ، كما يتضاعف مقدار الاهتمام الذى ينبغى توافره فى تعاملنا مع هذه الجزئية .

ومن المؤسف أن واقعنا الحاضر لايزال يشهد مستشفيات متوسطة التجهيزات (أو ضعيفة التجهيزات) وهى تحتفظ بمرضاها مددا تطول إلى الشهور التى تمتد لتدخل فى الأعوام ، ومما لاشك فيه أن بعض الحالات فى بعض التخصصات قد تحتاج فترة أسابيع ممتدة ، ولكن معظم الحالات التى تشغل بها الأسرة فى مستشفياتنا ليست من هذا النوع على الاطلاق .

ففى مستشفياتنا نجد أقسام الأمراض الباطنة (الخاصة والعامة) تحتفظ بكثير من المرضى الذين يعالجون بما يسمى بعلاج الأعراض ، وينتظر هؤلاء الأسابيع وراء الأسابيع نتائج تحليلات وهمية تجرى كروتين ، وتجرى بطريقة الروتين الذى يأخذ من الوقت الأسابيع ليخرج بنتيجة هى فى معظم حالاتها من باب تفسير الماء بعد الجهد بالماء .

وفى وسع نظامنا الطبى أن يتحرر من هذه الحالات إذا ما وفر لها الرعاية المعملية حتى فى العيادات الخارجية للمستشفيات ، وبحيث يأتى المريض اليوم وبعد ٢٤ ساعة أو ٤٨ ساعة أو ٧٢ ساعة وقد حسمت الأمور فى أمر شكواه التى قد تلازمه عشرين عاما على الأقل بعد ذلك .

وفى مستشفياتنا نجد أقسام الجراحات الخاصة (بالمسالك البولية وغيرها) تحتفظ بنصف أسرتها للمرضى الذين ينتظرون حلول الدور عليهم فى إجراء الفحص بالأشعة ، وقد أصبح مثل هذا الانتظار الطويل من الخصائص المميزة لسير العمل فى هذه الأقسام بحيث أصبح من المعتاد أن يكيف الأطباء ومساعدوهم حياتهم ونشاطهم تبعا لهذا النحو الممل ، والذى يجعلهم ينظمون العمل على أن فى القسم نوعين من المرضى : نوع ينتظر الفحوص حتى يدخل حجرة العمليات ، ونوع خرج من هذه الحجرة ، وهو يلقى العناية حتى (يزيل السلك) .

وحين يكون فى وسع المريض أو طبيبه أن يجهز لمريضه أفلام الأشعة والأشعة الملونة _ إلخ) فإن المدة الأولى من بقاء المريض تختصر تماما ، والدليل على ذلك هو إمكانية إدراج اسم المريض فى قوائم العمليات خلال ٢٤ ساعة من دخوله المستشفى إذا ما توافرت معه فحوصه الكاملة .

على هذا النحو يمكن لنا أن نستعرض كثيرا من الثغرات التى تدفع بالخدمة فى مستشفياتنا إلى التحول من خدمة علاج إلى خدمة انتظار تتراوح درجاتها تبعا لمستوى الخدمة الفندقية التى تطبع مستوى أداء هذه المستشفيات ، ومعظم العاملين فى حقل الخدمات الصحية يفهمون هذه الجوانب تماما ، **ويدركون مدى النفع الذى يمكن أن يتحقق من جراء إيقاف هذا النزيف (السلبى)** فى إهدار الطاقات المتاحة والتى لا يمكن استغلالها لا على النحو الأمثل ولا على النحو الأوسط .

وجاءت النهضة التى أحاطت ببناء كثير من دور العلاج الحديثة فى كل مكان وكل تخصص ، **بحيث زاد عدد الأسرة فى المستشفيات المصرية على نحو دفع البعض عن صدق إلى المطالبة بوقف بناء المستشفيات واستغلال الموجود الذى لا تبلغ نسبة الاشغال فيه مع أحسن تقدير أكثر من ٥٠ ٪** ، ولكن الذين يريدون بناء منشآت صحية جديدة لا يقفون موقف المتحفظ فى خطواتهم حين يجدون هذا الزحام فى المتاح والوفرة الزائدة عن كل الطلبات ، وإنما يظن كل منهم من باب الأمل (أو من باب اليأس) أنه وحده سيكون القادر على تحقيق نسبة الاشغال الكفيلة له بتغطية نفقات البناء والتجهيزات والتشغيل والأمل فى الربح المضاعف .. ومع هذا مضت الرياح بما لا تشتهى السفن فى كل هذه المراكز الطبية التى يظن الناس أنها تحقق الدخول الخيالية ، وهى فى الواقع تحقق خسائر خيالية ، حتى وإن كانت غير منظورة .

ولعل أشد الامور مدعاة للأسف فى هذه الناحية أن هذه المستشفيات المجهزة المستكملة التى كانت إحدى دعـائم فلسفتها الأصيلة أن تختصر مدة بقاء المريض فى السرير ، أصبحت مع الانخفاض العام فى نسبة الاشغال لا تمانع فى زيادة مدة بقاء المريض فى السرير حتى يمكنها تغطية الجانب الآخر من النفقات على الخدمات التى لاتجد من يطلبها .

وهكذا خرج نظامنا الطبى من حفرة إلى حفرة كما يقولون ، ومن دائرة مفرغة إلى دائرة مفرغة أخطر منها ، وذلك بسبب سوء التخطيط ، وستتضاعف المخاطر الناجمة عن مثل هذه الحلقة المفرغة إذا لم ننتبه ـ على جميع المستويات ـ إلى العناصر المتفاعلة فى صياغة نظام الخدمات الطبية .

ولعل أول ما ينبغى لنا أن ننتبه إليه فى هذا المجال هو أهمية الوعى بهذه المسائل بين جميع العاملين فى الخدمات العلمية ، بدءاً من عمال الخدمات المعاونة الذين قد يترتب على عدم تحمسهم لانهاء عملية نقل المريض من قسم إلى قسم فى ذات اليوم تأخير الاجراءات الطبية التى تجرى له لأسبوع ، أو عشرة أيام لمجرد أنه قد ضاع عليه حجز الأشعة مثلاً ! ! ؟ أو رسم القلب .. إلخ) ومرورا بالفنيين والممرضات والأطباء على اختلاف مستوياتهم .

لو فهم كل هؤلاء مدى الضرر الذى يحيق بنظام الخدمات الطبية وباقتصادياتها من مجرد تهاونهم فى إنهاء الامور فى وقتها المفروض لأصبح بالامكان تصحيح ٣٠ ٪ على الأقل من المشكلات الناجمة عن امتداد فترات شغل المريض للسرير .

ومع هذا فإن فى وسع الذين يحبون أن يقولوا لك أن كل اصلاح فى هذا البلد ليس إلا حرثا فى البحر ان يقولوا لك ، وماذا تفعل عندما تنهى المشكلات التى تأخذ عشرين يوما فى عشرة أيام ؟ هل تبقى المستشفيات بلا مرضى ؟ .. ولم لا ؟ هل ستحزن المستشفيات يومها ؟ ام تكون مهياة لعمليات التعقيم والتجديد واصلاح البنية ، وتعديل الهياكل بما يوفر امكانات خدمة أعظم أثرا وأصلح ؟ أليس هذا أجدى من هذا الانطباع بالازدحام الكاذب الذى يشجع على انشاء مستشفيات أخرى ؟

[٥] هل تقدمت صحتنا ؟

فى كثير من الاحيان يعترينا اليأس من الأحوال الصحية .. ونستطرد فى نقاشاتنا إلى تأكيد أنها تتأخر .. رغم أننا جميعا نعرف أنها لم تتأخر ، وانما زاد الوعى ، وزاد اكتشاف الامراض ، والانتباه اليها .
فما هو الموقف بالضبط ؟

ان التقارير الاحصائية الرسميه تشير الى كثير من التقدم :

(١) فقد اتجه معدل وفيات الاطفال الرضع الى الانخفاض بصورة عامة من ١٢٩٫٦ لكل الف مولود (١٩٥٠) الى ٧٢٫٤ (١٩٨٠) .. وهذه ارقام صماء ولكن ما وراءها من جهد يتمثل فى خطوتين هامتين .

الاولى : انتشار الخدمة الصحية فى بداية الستينات وظهور التحصينات والعلاجات الفعالة مما ادى الى ابتداء الانخفاض حقيقة .

الثانية : الانخفاض الثانى فى منتصف السبعينات كان نتيجة مقاومة الوفاة بسبب الاسهال ومضاعفاته عن طريق الارواء بالمحاليل « وهو نموذج للعمل الصحى المتكامل والمركز سوف نقرأ عنه فى فصل خاص »

(٢) انخفضت معدلات الوفاة نتيجة الاسهال والنزلات المعوية من ٧٠٫١ سنة ١٩٥٠ الى ٤٣٫٣ سنة ١٩٧٧ كما انخفضت معدلات الوفاة نتيجة الضعف الخلقى فى ذات الفترة من ٤٢٫٥ الى ٢٠ فقط .

ولكن لهذه الجزئية جانبا اخر قد يكون مظلما فقد ارتفعت معدلات الوفاة نتيجة النزلات الشعبية والالتهاب الرئوى والالتهاب الشعبى الرئوى فبينما كان المعدل (بالنسبة لكل الف مولود) بالنسبة للنزلات الشعبية ٨٫٩ (عام ١٩٥٠) فقد اصبح ١٧٫٦ سنة ١٩٧٧

(٣) **اتجه معدل الوفيات العام الى الانخفاض بصفة عامة فقد انخفض بنسبة ٤٣٫٢ ٪ حيث كان المعدل ١٩ لكل ١٠٠٠ نسمة (سنة ١٩٥٠) وأصبح المعدل ١٠٫٨ (سنة ١٩٨٠)** ومن المهم فى مثل هذه الحالة أن نتأمل التغير الذى ينشأ فى معدل كل سبب من الاسباب الرئيسية للوفاة ويرينا الجدول المنشور فى المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى ان هناك اتجاها عاما نحو الانخفاض فى معدلات الوفاة نتيجة الامراض المعدية والطفيلية وامراض الحساسية وامراض الجهاز الهضمى وامراض الطفولة على حين ان معدلات الوفاة نتيجة اسباب اخرى ترتفع وهذه الاسباب هى بالتحديد : الاورام ، الحوادث ، وامراض جهاز الدورة الدموية ، وامراض الجهاز التنفسى والامراض النفسية !!

وتكمن الاهمية فى مثل هذه النتائج الى انه ينبغى علينا ان نزيد من اهتمامنا بمشكلات قومية لم تحظ بعد باهتماماتنا القومية وهى بالتحديد : الاورام وامراض القلب والحوادث .

(٤) مع ان العبرة فى الاسرة ليست بعددها وانما بالاشغال ونسبته ، ودورة السرير ، ومدة التجهيزات المرتبطة به ، وحجم الانفاق عليه الا اننا لا نستطيع ان نغفل **ان معدل الاسرة المتاح يمثل جانبا من الجوانب الهامة فى تطور الخدمات الصحية** ولهذا فنحن ننقل هنا عن المسح الاجتماعى الشامل الفقرة الخاصة بمعدل الاسرة المتاح :

« ارتفع معدل الاسرة المتاحة لكل عشرة آلاف نسمة من ١٧٫٥ سرير سنة ١٩٥٠ الى ١٩٫٥ سرير سنة ١٩٨٠ . وهذه الزيادة فى المعدل تقابلها زيادة عددية قدرها ٥١٧١٣ سريرا خلال الثلاثين عاما اى مرة ونصف عما كانت عليه سنة ١٩٥٠ (٣٥٧٤٤ سرير) .

وتشارك وزارة الصحة بأكثر من ثلثى هذا المعدل اذ بلغ معدل الاسرة لكل عشرة آلاف نسمة ١٤ سنة ١٩٨٠ ، كما تمثل الوزارة المورد الاساسى للاسرة العلاجية فى جميع المحافظات باستثناء المحافظات التى بها مستشفيات جامعية (كليات للطب) كالقاهرة والاسكندرية وطنطا والزقازيق والمنصورة واسيوط . وتتفاوت الخدمة العلاجية بين المحافظات ويختلف مقدار التباين بين المحافظات لاسرة وزراة الصحة على ان معظمها يتراوح ما بين ٨ الى ٢٤ لكل عشرة آلاف من السكان .

ويشارك القطاع الخاص بنسبة ١٤٫٢ ٪ من جملة الأسرة وهذه النسبة فى طريقها الى الزيادة نظرا لدخول القطاع الخاص المجال الصحى نتيجة الانفتاح فى السنوات الاخيرة » .

(٥) **ترينا الدراسات الخاصة بتطور الاصابة ببعض الامراض المعدية أننا لم ننجح بعد تماما فى سيطرتنا الصحية على هذه الامراض**

واذا كنا نبحث عن الامل فى صحة افضل للمجتمع المصرى فان هناك عدة حقائق ينبغى لنا أن نضعها نصب اعيننا :

هذه الحقائق ذكرها المسح الاجتماعى

ونوردها هنا بترتيب اخر :

(١) فلازال المجتمع المصرى يعانى من **قصور شديد فى الاسكان** وتوفير مياه الشرب النقية والصرف الصحى .. ولاننسى أيضا أن نسبة الامية لاتزال مرتفعة .

(٢) **لم توجه بعد الرعاية اللازمة نحو الفئات التى يطلق عليها فى علم الصحة بالفئات (الحساسة)** كالحوامل والمرضعات والاطفال ... الخ)

(٣) **لم نلتفت بعد الى اهمية محاربة بعض الامراض التى زاد انتشارها** مثل التيانوس والالتهاب الكبدى الوبائى .

(٤) لم ننته بعد ـ من بعض المشكلات الصحية التى كان ينبغى لنا ان تنتهى منها منذ مرحلة طويلة ، ولا نستطيع أن نجد العذر لفشلنا فى هذه المشكلات .. وعلى سبيل المثال **الدرن والحمى الروماتزمية وشلل الاطفال** ..

(٥) لم ننتبه على المستوى الجماهيرى والبيرواقراطى الى اننا على حد تعبير منظمة الصحة العالمية **دخلنا فعلا أنماط أمراض البلاد المتقدمة فى الوقت الذى لم نتخلص فيه من الأمراض المعدية والسارية وهو النمط السائد فى العالم المتخلف** .

(٦) **لا تتوافق الزيادات فى اعداد القوى البشرية مع بعضها** .. مع النمو الذى عرفناه جميعا من زيادة أعداد الاطباء . وبقاء أعداد التمريض غير مواكبة لهذه الزيادة .

(٧) **لم يفقد الطب الشعبى حتى الآن مكانه رغم كل التقدم الاعلامى** الذى انتشر فى المجتمع المصرى .. ولهذا ينبغى علينا ان ننظر الى المسألة من وجهة نظر اكثر جدية **لا تكتفى بمجرد اعلان اننا سنضم الدايات الى النظام الصحى** .. وانما نتابع مثل هذه المشكلة بالحلول (التعقبية) ان جاز هذا التعبير بمعنى أن نفرق بين كل داية واخرى فى المعاملة .. سواء كان علينا أن نعيد التأهيل أم نضع نظاما للتقيم .. أو التفتيش أو الترخيص ... الخ على أن الاهم من هذا كله هو ما لم تلتفت اليه التقارير الرسمية من بقاء الاكاذيب الطبية التى يعرفها مجتمعنا جيدا متمثلة فى هذه الطفرات التى يتحدثون عنها حين يقوم طبيب غير مؤهل فى الغالب بشفاء كل الامراض بروشتات عجيبة محتوياتها فى الاجزاخانات جميعا .. ومزاعم علاج الجن والعفاريت ..... الخ .

(٨) **لايزال استقلالنا الوطنى فى صناعة الدواء مهددا !!**

(٩) **لاتزال قضايا الصحة والعلاج والطب ودورها فى التنمية محتاجة الى كثير من الدراسات الاجتماعية والاقتصادية** التى تتناول على سبيل المثال بحوث الانفاق الصحى ومدى مساهمة الافراد فى علاج انفسهم ، وعائد الانفاق الصحى بغية ترشيد الانفاق ومدى استخدام الموارد الصحية من المستهلكين والاستفادة بها ، وانماط التأمين الصحى ، وتطور الوحدات ... الخ ..

□□ وقد يكون من الجدير بالذكر ان نعطى للقارىء الصورة التى أوضحتها البيانات المتوفرة عن **عدد الأسرة فى المحافظات المختلفة** (حسب الحالة فى ١ / ٧ / ١٩٨٥) وهى الاحصائية التى نشرها الأهرام الاقتصادى (٢٩ / ٦ / ١٩٨٧) ، ويلاحظ ان هذه البيانات لا تتضمن الأسرة المتاحة فى مستشفيات القوات المسلحة ، اما عبارة الوزارات الأخرى فهى ضمن ما تضم مستشفيات الجامعة باعتبارها تابعة لوزارة التعليم العالى ، على حين ان المستشفيات والمعاهد التعليمية تنصرف إلى المستشفيات لهذه الهيئة (هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية) والتى يضاف إليها هذا الأسبوع (الاسبوع الأول من يوليو) ١٠٠٠ سرير فى معهد ناصر بالقاهرة .

المحافظات	وزارة الصحة	الوزارات الاخرى	المستشفيات والمعاهد التعليمية	القطاع العام	القطاع الخاص
القاهرة	٩٠٣٣	٧٢٨٩	١٣١٨	٢٩٩٠	٣٧٣٧
الاسكندرية	٣٣٨٩	٢٥٧٠	—	١٩٢٦	٢٤١
بورسعيد	١١٨٧	٢٠	—	١٣٦	٦٧
السويس	٦٩٥	—	—	٤٧	٦٠
الاسماعيلية	٦٦٤	—	—	١٣٠	٥٨
دمياط	١٣٣٥	—	—	٦٠	٦٠
الدقهلية	٣٦٤٤	١٥١٢	—	١٨٠	٢٢١
الشرقية	٣٢٠٠	٨٠٥	—	١٦٨	١٤
القليوبية	٥٧٧٨	١٥٣	٣٦٨	٦١٣	٢٧
كفر الشيخ	١٨٥١	—	—	—	١٤
الغربية	٣٧٨٦	٩٧٣	—	٤٤٦	٣٦٣
المنوفية	٢١١٦	٤٠	٥٠٥	١١٢	١٢٤
البحيرة	٢٦٥١	—	٦١٣	١١٢	٧
الجيزة	٤٠٧٤	٣١١	٣٥٦	٩٥١	١٩٣٢
بنى سويف	١٨٦٧	٤٠	—	٨٠	٢٢
الفيوم	١٦٩٨	—	—	٤٢	٢٥
المينا	٢٦٩١	٤٠	—	١٦٠	٤
أسيوط	٢٣٥٦	٥٧٠	—	١٥٥	٩٤
سوهاج	٢٣٣٥	—	٤٢٨	٦٠	٥٠
قنا	٢١٧٨	٤٠	—	—	١٢٠
اسوان	١٤٦٠	—	—	٤٠	٥٠
مرسى مطروح	٢٤٠	—	—	—	٤
الوادى الجديد	٢٦١	—	—	—	—
البحر الاحمر	١٤٤	—	—	٨٣	٣
شمال سيناء	١٢١	—	—	—	—
جنوب سيناء	١٠٠	—	—	—	—
الجملة	٥٨٩٦١	١٤٣٦٣	٣٥٨٨	٨٤٩١	٧٢٩٧

□□ وربما كان من المفيد أيضا أن تشير إلى النتائج الايجابية المتوقع تحقيقها قريبا فى مجال افتتاح المستشفيات الجـديدة ، وعن تصريح لوزير الصحة الدكتور راغب دويدار ننقل قائمة بهذه المستشفيات مع عدد الأسرة والتكلفة الاجمالية .

	المستشفى	عدد الاسرة	التكلفة الاجمالية
١	مستشفى قليوب المركزى	١٠٠	٣ مليون
٢	مستشفى شبين القناطر المركزى	١٠٠	٣ مليون
٣	مستشفى الشيخ	٤٠	—
٤	مستشفى رفح	٤٠	—
٥	توسعات معهد القلب	٢٣٠	١٧,٥ مليون
٦	مستشفى التمين الصحى بمدينة نصر	٦٠٠	٢٠ مليون
٧	مستشفى دمياط العام	٤٠٠	٢٠ مليون
٨	مستشفى اسوان	١٠٠	٣ مليون
٩	مستشفى ادفو	١٠٠	٣ مليون

□ على انه لايمكن لنا فى مجال الحديث المراد به الاجابة على سؤال « هل تقدمت صحتنا » ان نكتفى بالأرقام الصماء التـى قد تعطى فكرة عن مجموع الأسرة ، والتقدم فى هذه الناحية ، وانما ينبغى لنا ان نبحث عن **العدالة الاجتماعية فى توزيع الأسرة على المناطق المختلفة** ، وكذلك مراكز الأسعاف والصيدليات .

وسوف ننقل للقارىء هنا المتوسطات المستخرجة لكل ألف من عد السكان كما أوضحها تقرير مجلس الشورى .

توزيع مقارن لأسرة ومراكز الاسعاف والصيدليات فى بعض المحافظات وعلى مستوى الجمهورية فى ١ / ٧ / ١٩٨٥

المنطقة	عدد السكان	الاسرة العلاجية		مراكز الاسعاف		الصيدليات	
		اجمالى	عدد الاسرة لكل الف من السكان	اجمالى	عدد السكان بالألف لكل مركز	اجمالى	عدد السكان بالألف لكل صيدلية
الجمهورية	٤٨٥٧٥	٩٢٧٠٠	١,٩	٢٦٤	١٨٣,٩٩٦	٥٧٣٠	٦,٤٥١
القاهرة	٥٦٧٣	٢٤٣٦٧	٤,٣٠	٤٤	١٢٨,٩٣٢	١٥٧٩	٣,٥٩٣
الاسكندرية	٢٧٢٣	٨١٢٦	٢,٩٨	١٥	١٨١,٥٣٣	٨٧٠	٣,١٣٠
الجيزة	٢٩٥١	٧٦٢٤	٢,٥٨	١٣	٢٢٧,٠٠٠	٧٢٢	٤,٠٨٧
سوهاج	٢٣١٩	٢٨٧٣	١,٢٤	١١	٢١٠,٨١٨	٢٢٩	١٠,١٢٧
قنا	٢٠٤٩	٢٣٣٨	١,١٤	١١	١٨٦,٢٧٣	٢٢١	٩,٢٧١
اسوان	٧٤٠	١٧٥٧	٢,٣٧	٤	١٨٥,٠٠٠	٥٧	١٢,٩٨٢

[٦] بعض الحقائق عن الانفاق الصحى (الميزانيات) فى مصر :

ومن الاحصاءات الواردة فى تقرير مجلس الشورى نطلع القارىء على الجدول الخاص بالنسبة المئوية للانفاق الحكومى على الرعاية الصحية فى الموازنة العامة للدولة خلال الفترة (١٩٣٦ ـ ١٩٨٦) .

السنة	عدد السكان	ميزانية الدولة	ميزانية وزارة الصحة	النسبة	الباب الثالث استثمارات	نصيب الفرد من ميزانية الصحة بالجنيه
١٩٣٦	١٥,٨٠١,٠٠٠	٤٣,٠٢٢,٠٠٠	١,٧٦٢,٩٥٠	٪ ٤, ١	١١١,٦٥٥	٠,١١٢
١٩٤٠	١٦,٨٨٧,٠٠٠	١٦,٨٨٧,٠٠٠	١,٨٨٦,١٨٩	٪ ٤, ١	٢١٩,٢٩٩	٠,١١٠
١٩٤٥	١٨,٤٦٠,٠٠٠	١٨,٤٦٠,٠٠٠	٣,٨٩٧,٢٣٧	٪ ٣, ٨	٩٧٢,٢٠٠	٠,٢١١
١٩٥٠	٢١,٢٩٢,٠٠٠	١٩١,٨٠٦,٠٠٠	٧,١٠٥,٣١٢	٪ ٣, ٧	٠,٠٩٨,٧٥٩	٠,٣٣٤
١٩٥٥	٢٣,٠٦٠,٠٠٠	٢٣٨,٣٠٠,٠٠٠	٨,٩٤٨,١٠٠	٪ ٣, ٨	٠,٢٩٧,٦٠٠	٠,٣٨٨
١٩٦٠	٢٦,٠٨٥,٠٠٠	٣٠١,٠١١,٠٠٠	١٣,٦٩٨,٠٧٣	٪ ٤, ٦	٢٦٣,٤٩٤	٠,٥٢٥
١٩٦٥	٢٨,٦٥٩,٠٠٠	٦٥٢,٨١٤,٠٠٠	٣١,٣٠١,١٠٠	٪ ٥,٠٠	٠٠,٠٠٠	٠,٠٩٢
١٩٧٠	٣٣,٠٢٢,٠٠٠	٢,٦١٠,٢٠٠,٠٠٠	٤١,٤٧٥,٠٠٠	٪ ١, ٦	١,٣٣٣,٠٠٠	١,٢٥٦
١٩٧٥	٣٧,٠١٦,٠٠٠	٦,١٣٨,٦٢٨,٠٠٠	٦٧,٧٢٣,٠٠٠	٪١, ١	٥,٥٣٥,٠٠٠	١,٨٣٠
١٩٨٠	٤٢,٢٨٩,٠٠٠	٧,٧٨٧,٤٣٨,٠٠٠	١٧٩,٤٦٢,٠٠٠	٪ ٢, ٣	٢٩,٢٣٥,٠٠٠	٤,٢٤٤
٨٥ ـ ١٩٨٦	٤٨,٥٧٥,٠٠٠	١٦,٣٨٦,٦٧٨,٠٠٠	٤٠٢,٥٧٦,٢٥٩	٪ ٢, ٥	٤٩,١٥٠,٠٠٠	٨,٢٨٨

من المسح الشامل للمجتمع المصرى (١٩٥٠ ـ ١٩٨٠) الذى اصدره المركز القومى للبحوث الاجتماعية ومن تقرير لجنة الخدمات فى مجلس الشور نقتطف الحقائق الآتية : ـ

ـ ميزانية وزارة الصحة الاجمالية :

□□ زادت ميزانية وزارة الصحة من ٧,١٠٥,٣١٢ جنيها سنة ١٩٥٠ الى ١٧٩,٣١٣,٠٠٠ جنيها فى سنة ١٩٨٠ ، وإذا قارنا الميزانية المخصصة لوزارة الصحة بالنسبة لميزانية الدولة نجد أن هذه النسبة بلغت ٣,٧ ٪ فى سنة ٥٠ وانخفضت فى سنة ١٩٨٠ لتصل الى ٢,٣ ٪ .

ـ ميزانية وزارة الصحة والسكان :

□□ على الرغم من الزيادة السكانية المستمرة زاد ايضا نصيب الفرد من ميزانية وزارة الصحة حيث بلغ ٤٢٤ قرشا فى عام ١٩٨٠ مقابل ٦٣ قرشا عام ١٩٥٠ ، وهذه الزيادة ظاهرية نظرا لاختلاف القيمة الشرائية خلال هذه الفترة .

□□ بلغ نصيب الباب الثالث (أى الاستثمارات) ١٥ ٪ من إجمالى الميزانية فى عام ١٩٥٠ انخفضت خلال الستينات والسبعينات لتصل الى ٣ ٪ فى سنة ١٩٧٠ ثم بدأت فى الارتفاع التدريجى حت بلغت ١٦ ٪ فى سنة ١٩٨٠ . أما الأجور (الباب الأول) فقد احتلت حاليا ٦٠ ٪ من الميزانية بينما كانت لاتتعدى ٣٤ ٪ فى سنة ١٩٥٠

فيما يتعلق بالانفاق الصحى للخدمة الصحية من ميزانية الدولة للسنة المالية ١٩٧٨ حسب طبيعة المنصرف (أجور ونفقات جارية للجهات المقدمة للخدمة) :

□□ من واقع الدراسة التى أجرتها الخريطة الصحية (نشرة رقم ١٠) فى ابريل ١٩٨٠ نلاحظ أن إجمالى الانفاق الصحى من ميزانية الدولة فى سنة ١٩٧٠ هو ١٢٨ , ١٣٩ , ١٣٧ جنيه تساهم فيها المؤسسات كالتالى :

إجمالى الانفاق الصحى من ميزانية الدولة (سنة ١٩٧٠)
(بالجنيه المصرى)

الجهة	الاجور	النفقات الجارية والتحويلات الجارية	إجمالى الاستخدامات
وزارة الصحة	٦٤,٩٩٤,٠٨١	٣٤,٢٣٥,٦٠٠	٩٩,٢٢٩,٦٨١
التامين الصحى	٣,٩٤١,٤٦٣	١٢,٠٠٩,١٩٤	١٥,٩٥٠,٦٥٧
المؤسسة العلاجية	٢,٠٧١,٣٦٠	٤,٨٧٢,٣٢٧	٦,٩٤٣,٦٨٧
المستحضرات الحيوية	٥٦١,٤٣٠	١,١٦٦,٨١١	١,٧٢٨,٢٤١
الرقابة الدوائية	٤٤٥,٧٧٢	٥١٠,٣٤٩	٩٥٦,١٢١
المستشفيات التعليمية	٢,٣٠٤,٩٩٦	١,٢٨٨,٠١٧	٣,٥٩٣,٠١٣
المستشفيات الجامعية	٧,٢٥٥,٩٩٦	٦,٨٤٤,٩٤٣	١٤,١٠٠,٩٣٩
المجلس الأعلى لتنظيم الاسرة	٣٣٤,٠١٨	٨٠٨,٣٢٩	١,١٤٢,٣٣٧
مستشفيات السكة الحديد	١٩٧,٥٠٠	٣١٠,٠٦١	٥٠٧,٥٦١
مستشفيات الشرطة والسجون	١١٧,٥٢٩	٣٦١,٨٤١	٤٧٩,٣٧٠
جملة الانفاق الصحى من ميزانية الدولة	٨٢,٥٩٩,٧٩٥	٦٢,٩١٢,٨٦٦	١٤٥,٥١٢,٦٦١

□□ يلاحظ أن الأجور تمثل ٦٥,٥٠ ٪ من إجمالى الاستخدمات الجارية بوزارة الصحة ، أما فى بقية الجهات فتمثل ٣٦,٧٥ ٪ من إجمالى الاستخدمات .

□□ ويبلغ حجم المنصرف على الأدوية بالجهاز الادارى والهيئات العامة المقدمة للخدمة ٢٣,٠٧٤,٤٧٩ جنيها بينما يبلغ المنصرف عن طريق الصيدليات الخاصة ١٠٢,٩٧١,٩٦٩ جنيها .

مقارنة الانفاق الصحى العام بالانفاق والناتج القومى | بالمليون جنيه |

البيان	٦٦ ـ ١٩٦٧	١٩٧٩
الناتج القومى الاجمالى	٢٤٨٠,٧	١٣,٢١٣,٠
الانفاق الصحى	٣١,٣	١٢٠,٠
نسبة الانفاق الصحى إلى الناتج القومى	٪ ١,٣	٪ ٠,٩
نسبة الانفاق الصحى إلى الانفاق العام	٪ ٩,١	٪ ٥,١
إنفاق الهيئات والمؤسسات التابعة للوزارة	٢,٨	٪ ٢٠,٧
نسبة انفاق الهيئات الصحية إلى اجمالى انفاق الهيئات	٪ ٠,٥	٪ ١,٦

[٧] الاسراف فى بناء مستشفيات جديدة .. الطامة الكبرى :

ربما كان أهم تحذير ينبغى لنا أن نعلنه هنا على صفحات هذا الكتاب هو أن بناء المنشآت الصحية الجديدة هو (أخطر انجاز) على طريق التنمية الصحية . **ذلك أننا لم نعد أبدا فى حاجة الى كثير من هذه المنشآت ، ولا حتى الى قليل** ، وربما كان تقرير العلاج فى مصر لمجلس الشورى أكثر التقارير التى ركزت على هذا المعنى وأبانت صحته من أكثر من جانب ، ولو لم يكن لمجلس الشورى غير هذه اللمحات الذكية التى لا تتأتى إلا بعد الدرس الهادىء للأرقام على أيدى المفكرين أو المثقفين الذين يكون أمامهم متسع من لوقت لمثل هذه الدراسة لكفاه أهمية وفخرا .

ومن مواضع متفرقة فى تقرير مجلس الشورى ومن مواضع أخرى سوف نذكر هنا أهم الأسباب التى تدفعنا الى مثل هذا القرار بعدم جدوى (بل وخطورة انشاء المستشفيات الجديدة) : —

(١) سجل تقرير مجلس الشورى **أن معدل اشغال الأسرة فى المستشفيات التابعة لوزارة الصحة يبلغ** ٦٤ ٪ ، ونبه التقرير الى أنه يمكن رفع هذا المستوى « عن طريق رفع كفاءة العمل بالعيادات الخارجية ، إذ يمكن تشخيص حالة المريض بالعيادة ، واختصار مدة بقائه الى أدنى الحدود **والحد الأمثل للاشغال هو ٩٠ ٪ من الطاقة المتاحة ، وبذلك يمكن زيادة الطاقة السريرية الحالية** ٢٦ ٪ »

(٢) **وهناك عامل آخر** يمكن به زيادة معدل اشغال الأسرة **وهو خفض متوسط الاقامة و الاشغال للمريض الذى يبلغ حاليا ٦,٥ أيام** علما بأن المتوسط الأمثل هو **أربعة أيام** ، وعن طريق خفض مدة الاشغال هذه الى أربعة أيام يمكن **توفير** ٣٨ ٪ **من طاقة الاشغال** أى أنه باضافة العاملين معا يمكن زيادة الطاقة السريرية **الحالية** (٢٦ + ٣٨ = ٦٤ ٪) دون اللجوء الى **بناء مستشفيات جديدة يعلم الله متى تتم ، كما أنها تستنفد كل ما هو متاح من موارد دون أن تعطى عائدا سريعا يفيد فى حل مشكلة العلاج** .

(٣) يبلغ عدد الأسرة العلاجية فى مصر (حكومية — خاصة) ٩٢٧٠٠ **سرير** [هذا بالطبع بخلاف أسرة مستشفيات القوات المسلحة التى هى فى ازدياد مستمر] ويبلغ **متوسط انشاء السرير وتجهيزه حوالى** ١٠٠,٠٠٠ **جنيه** أى أن **التقدير الرأسمالى لهذه الثروة القومية يقرب من عشرة مليارات من الجنيهات ... ولكن مدى العائد من هذه الثروة لا يمثل حتى أدنى حدود الاستثمار** .

(٤) **تحفظت اللجنة المعدة لتقرير مجلس الشورى** على ما تضمنته استثمارات الخطة الخمسية الثانية من زيادة عدد أسرة المستشفيات العامة والمركزية **بما يصل الى ١٣٥٢١ سريرا بتكلفة قدرها ٧٠٠ مليون جنيه عن طريق اتمام ١٤ مستشفى تحت الانشاء ، وتطوير ١٦٦ مستشفى الى جانب احلال ٣ مستشفيات وانشاء مستشفى للأمراض النفسية بأسيوط ، وتطوير ١٣٠ مجموعة صحية قروية الى مستشفيات مركزية بتكلفة قدرها ٦٥ مليون جنيه** ..

ولاحظت اللجنة أن الخطة تشتمل على استكمال مشروعات دون أن يؤخذ فى الاعتبار المؤشرات التخطيطية والجغرافية والفنية « مثل العيادات الشاملة التى تم انشاؤها ومطلوب استكمال الأقسام الداخلية بها دون أن تكون هناك حاجة فنية لذلك ، وأيضا التوسع فى تحويل المجموعات الصحية القروية الى مستشفيات قروية قبل تقييم هذه التجربة .. وترى اللجنة ألا يكون **لمثل هذه المشروعات أولوية فى الخطة القادمة إلا إذا كان استكمالها يؤدى الى المواءمة لسد احتياجات الجماهير من الخدمة الصحية أو مواجهة النقص المترتب على اختلال التوزيع الجغرافى لها** .

(٥) فى موضع آخر قدم مجلس الشورى البديل الأمثل ، **وهو رفع مستوى السرير** ، وفى معرض الحديث عن تمويل خـدمات الرعاية الصحية ذكر تقرير مجلس الشورى أن اللجنة ترى أن « يرفع اعتماد السرير من ٦٠٠ جنيه سنويا (بـاب ثـانى) الى ٢٠٠٠ جنيه متدرجة على سنوات الخطة بزيادة ٣٠٠ جنيها سنويا وذلك لمواجهة الزيادة التى طرأت على أسعار الأدوية والأغذية والمهمات الطبية »

(٦) وانتبه مجلس الشورى أيضا الى أهمية **صيانة المبانى والأجهزة والمعدات الطبية** وفى البند (ب) من الحديث عـن تطوير وتحديث الخدمات العلاجية ذكر تقرير المجلس أنه لما كان عدد الأسرة العلاجية فى مصر يبلغ ٩٢٧٠٠٠ سرير ، يقـرب تقديرها الرأسمالى من عشرة مليارات من الجنيهات فى أن اللجنة تقترح : —

١ — **تخصيص نسبة اثنين فى الالف — على الأقل — من القيمة الرأسمالية فى الباب الثانى للصيانة أى ٢٠ مليون جنيـه سنويا** .

٢ — **اعداد وتدريب فنى الصيانة بالمعاهد الصحية والفنية** والمدارس الفنية الصناعية ، والتوسع فى القبول فيها ، والأخذ بسياسة ربط الأجر والحوافز بالانتاج .

٣ — **تجهيز كل مستشفى بوحدة (ورشة) للصيانة** .

٤ — **التعاون بين كليات الهندسة والمدارس الفنية الصناعية والمعاهد الفنية والشركات الصناعية فى اعـداد هـذه الفئات والتدريب** المستمر لها .

وهذه الاقتراحات فى الحقيقة من النوع الذى لا ينبغى لنا أن نتوانى فى وضع الأسس الكفيلة بخروجها الى حيز الـوجود مـع أسرع ما يمكن .

[٨] نظـرة غير تقليدية لمشكلة التمريض التقليدية

يمثل التمريض المشكلة الأولى للنظام الطبى المصرى ، أو بهذه العبارة ترتفع عقيرة الأطباء الذين يجأرون بالشكوى كما يجاهرون بالحقيقة عند المواجهة .

ومع توافر الاحصاءات (الحديثة نسبيا) فقد ثبت للجميع بما لا يدع مجالا للشك أن هناك الآن وفر نسبى فى عدد الممرضات (عن الأعوام الماضية على الأقل) .

والاحصاءات المصغرة التى تحصى الاعداد الموجودة على درجات التمريض فى مستشفى محدود بأربع جدران ترينا بمـا لا يدع مجالا للشك أيضا أن هناك وفرا كبيرا فى عدد الممرضات .

ومن السهل نظريا أن نعلل وجود الأزمة مع **كثرة العدد بالعلة الممتازة التى** « **هى سوء التوزيع** » ، ولكن الواقع العملى لا يسمح لنا باللجوء إلى هذه العلة أبدا كما نفهم جميعا .

وقد يكون موطن الداء فى منتهى الصراحة هو أننا **حين قصرنا هذه المهنة منذ زمن مبكر على الاناث فاننا نقلنـا إلى هـذه المهنة كل خصائص المرأة المصرية التى تكون فى شبابها أو قبل زواجها نشطة متقبلة للعمل ، ثـم يـأتيها الـزواج ويعقبه التشتت** (مع أن المفروض أن يعقبه الاستقرار) ، **وانشغال البال ، وانخفاض مستوى اللياقة البدنية ، والميل إلى الانصراف عن العمل ، والاكثار من الاجازات ، وتصاعد احتمالات الاستقالة النهائية أو الاجازات طـويلة الأجـل لمرافقة الزوج ، والرغبة فى الابتعاد عن العمل الحقلى إلى العمل المكتبى ، وحب التكريم بـالوصول إلى الـرياسات ، واصطناع الأعذار للتهرب من العمل فى غير أوقات العمل الصباحية ، والميل إلى الاستفادة من طول الخبرة والاحتكاك بالرئاسات فى استغلال هذه العلاقة من أجل تخفيض الواجبات ، وتضاءل فرص تطبيق الثواب والعقاب على مـوظف قديم كلما ازدادت اقدميته** ...... الخ)

المشكلة إذن وفى منتهى الصراحة أن الممرضات اللائى يعملن فى مصر هن الممرضات الصغيرات فقط ، والباقيات يحسبن على الورق ولا يحسبن فى الحقيقة .. وقد تكون هناك استثناءات ولكننا نتكلم عن الصورة العامة ! !

وليس من المتوقع أن ينصلح هذا الحال لسبب بسيط **هو أن نمط الحياة والتعليم والتحضر فى مصر لا يمضى بخطوات محسوسة ولا حتى بطيئة فى تغيير المفاهيم والقيم الحضارية المتصلة بالعمل** ، بل بالعكس قد يكون هذا النمط ميالا إلى الاستفادة من العيوب ، والافادة من الأوضاع السيئة بأكثر من إفادته من التطور السريع المتلاحق المحيط بنا ، ومستوى الآداء عندنا فى ١٩٨٧ أقل منه فى ١٩٨٦ وفى ١٩٨٦ أقل منه فى ١٩٨٧ .... وهكذا بل إن المرأة الأم التى كانت تعطى حماسا واهتماما لعملها الذى نالته فى ١٩٦٠ مثلا تجد أن من الطبيعى وجود هذه النسبة الكبيرة من اللامبالاة والاهمال الكامل فى بناتها اللائى يوظفن هذه الأيام ! !

ومن دون أن نطيل على القارىء فإن هذا يجرنا إلى حقيقة هامة أو إلى تساؤل يراد الاجابة عليه بالاثبات ، **وهو لماذا لا نعتبر التمريض وظيفة مؤقتة مرتبطة بمرحلة سنية محدودة وبعدها لا تصبح الممرضة ممرضة ؟**

سؤال جرىء بلا شك ، ولكن فى اجابته بالاثبات الدليل الحى على رغبتنا فى مجابهة مشكلاتنا !

لماذا لا نعتبر مهنة التمريض مثل مهنة المضيفة الجوية التى تنصرف بعدها الفتيات اللائى عملن بها (إلا بعض استثناءات) إلى العمل على الأرض ؟

لماذا لا نعتبر **مهنة التمريض مثل وظيفة النيابة** فى النظام الطبى يتولاها الطبيب فى شبابه بعد قضاء الامتياز والتكليف ثم يصبح اخصائيا ؟

لماذا لا ننظر إلى **مهنة التمريض مثل النظرة الى منصب وكيل النيابة** ؟ يبدأ بها القانونى الذى يتاح له العمل فى سلك القضاء ثم يخرج من إطارها إلى العمل فى المجالات القضائية الأخرى .

نعم ، قد لا يكون هذا هو الأسلوب المتبع فى العالم أجمع ، ولكن المؤكد أن النساء المصريات اللائى قصرنا عليهم مهنة التمريض ليسوا كنساء العالم أجمع .

فلنفرض أيها الكاتب النحرير أننا قبلنا فكرتك .. (هكذا يقول القارىء الآن) ، فماذا نفعل بعد ذلك بالممرضات ؟

وهذا هو السؤال الذى جاء فى محله .

وهكذا يحتاج فى اجابته إلى شىء من التفكير **فى مسألة التمريض وتعليم التمريض** .. هل تحتاج المهنة التى تتولاها ممرضاتنا كل هذا الكم من المعلومات **التى نزعم أننا نعلمهم إياها فى حين أننا نكتب لهم الاجابة على حوائط لجان الامتحان السوداء** .

هل يحتاج التمريض هذا الوقت الطويل الذى نشغله بحجة العلم بينما هو فى الحقيقة ستار لتضييع الأوقات ؟

كل ما فى الأمر بصراحة أن فى **وسعنا تعليم التمريض كله على الهوينى فى ٦ شهور** .. وإذن فنحن لسنا فى حاجة إلى هذه الأعداد التى يحكم عليها بالتخصص فى هذا الفن أو العلم بحكم الشهادة فحسب ، ولكن **أمامنا هذه الجيوش التى تبقى رهينة المحبسين (المنزل وانعدام الوظيفة) من خريجات الجامعات اللائى يتأخرن فى التعيين ٤ سنوات .. فلنخصص من هذه السنوات الأربعة ستة شهور لتعلم التمريض وسنوات ثلاث ونصف لممارسته** .. كل هذا لمن تريد ..

ولنجعل للفتيات اللاتى تردن فرصة أكبر أو أعظم بعد ذلك فى فرص العمل الحكومية أو فى المميزات الحكومية الأخرى كالأسكان وغيره ..

وإذا اقبل على هذا النظام عشرون فى المائة فقط من بناتنا الخريجات فسيكون عددهم فى الواقع ضعف الممرضات المتاحات من المدارس الثانوية الفنية للتمريض .

وعندئذ سوف **تتغير نظرتنا (السيئة جدا) إلى مهنة التمريض** التى فطرنا عليها فى مصر للأسف الشديد .. وعندئذ تنتهى مشكلة التمريض ..

وعندئذ **يرتفع المستوى الثقافى** (للملائكة) الذين يكون عليهم عبء كبير فى طب **أكثر تقدما و أكثر ارتباطا بالعالم المعاصر .**

ولنتذكر أننا فى ١٩٧٣ انتصرنا وكان من أسباب انتصارنا أن السلاح كان فى أيد متعلمة تخرجت من كليات هى كليات الحقوق والزراعة والآداب والفنون والهندسة والعلوم والطب والصيدلة ..فكان هناك بعد وعمق ، وبدون العمق والبعد لن يتأتى لمهنة خطيرة كالتمريض أن تنتصر فى معركة التقدم ..

أما المعاهد العليا فهى كفيلة بتخريج طائفة الممتنهات لهذه المهنة .. اللائى يمثلن العمود الفقرى فى المستشفيات حيث يظللن ويترقين بينما تأتى عليهن وتذهب ممرضات الخدمة العامة .

[٩] مستقبل الوحدات الصحية الريفية

أخذت تكاليف إنشاء المستشفيات فى الارتفاع المتزايد فى السنوات القليلة الماضية ، وقد يكون من أسباب هذا الارتفاع العام الذى شمل أسعار الخدمات ومستلزمات البناء والتجهيز ، ولكن المؤكد ان ارتفاع مستوى الخدمات الصحية المتاحة أو التى أصبحت متاحة كان هو العامل الأكثر إسهاما فى هذا الارتفاع .

فمما لاشك فيه ان أداء المؤسسات والمنشآت الصحية قد أصبح يواجه تحديات واضحة مع التطور السريع الذى أصاب كل جزئيات الخدمة الطبية فى جميع مراحلها وعلى صعيدى التشخيص والعلاج .

ويمكن لنا أن نتصور التطور الذى أصاب الخدمة الطبية فى ضوء التطور الذى أصاب حياتنا مع تقدم الحضارة بخطوات واسعة ، وبحيث لم يعد من الممكن تحقيق الرفاهية بنفس التكلفة التى كان من الممكن تحقيق الرفاهية بها منذ ربع قرن مثلا .

وكما يصدق هذا على الشرائح العليا من المجتمع فإنه يصدق كذلك على الشرائح المتوسطة والدنيا من المجتمع ، تماما كالحال فى الجوانب المختلفة من مكونات الحضارة الحاضرة ، التى أتاحت على سبيل المثال لأهالى الكفر الصغير ان يتمتعوا اليوم بحوالى عشرين جهاز من أجهزة الفيديو فى القرية التى لم يكن بها منذ ربع قرن إلا راديو واحد ! !

من هنا كان الانعكاس الهام لتطور الخدمة الطبية على مدى استفادة الجماهير العريضة منها ، ولم يعد الهدف الأسمى للخدمة الطبية التى تقدمها الدولة ان تغطى أربعة آلاف كفر أو قرية ، وإنما أصبح على استراتيجيات الصحة ان تعنى بعامل آخر ، قد يكون هو مدى كفاءة الخدمة المتاحة فى المراكز الطبية القائمة فعلا .

ومع الثورة الحميدة التى أصابت وسائل النقل والمواصلات ، والقدرة العامة للجمهور على الافادة من الخدمة الممتازة مهما كانت بعيدة عنه فقد تحولت المسألة من مد مظلة الخدمات الصحية لتغطى الرقعة الشاسعة ، الى معالجة الرقعات التى أصابت هذه المظلة بحكم الزمن الذى لا يرحم !

أصبحت القضية اليوم هى كيف يمكن للمؤسسات الصحية سواء المملوكة للدولة أو التى تديرها الدولة أو التى تعينها الدولة أو التى تراقبها الدولة أن تفلح فى تلبية حاجة المواطن الى الخدمة الصحية ؟

ومن هنا نشأت السباقات التى لا تنتهى من أجل اجتذاب أصحاب الحاجة إلى هذه الخدمة الطبية السريعة الممتازة المتكاملة التى أصبح بالامكان توفيرها من خلال مراكز طبية متقدمة التجهيزات والانشاءات ، ومزودة بطاقات بشرية تؤدى أداء يتناسب مع خبراتها وقدراتها بفضل إدارة تحرص على استخلاص هذا الاداء حتى وإن لم تجاز عليه الجزاء الأوفى .

وقد اتيحت ظروف ممتازة لبعض المؤسسات الطبية القديمة لكى تجد لنفسها مكانا تحت الشمس بعد التجديد أو الاضافة أو الاحلال والتبديل ، ولكن هذه الظروف لم تتح حتى الآن لهذه الوحدات الصحية المنتشرة من خلال مشروع الوحدات المجمعة التى نشرتها الثورة منذ الستينات فى هذا الوطن ، وسواء صح أم لم يصح أن مصر فاقت أمريكا فى نشر هذه الوحدات ، فان الزمن اليوم يطالبنا بالافادة من هذه المؤسسات الطبية التى قد يخلو بعضها من كل مستلزمات الخدمة الطبية العصرية .. اللهم إلا الأطباء المعزولين عن العلم والتعليم المستمر .

قد يكون من المفيد أن نلخص الموقف الذى صارت اليه معظم هذه الوحدات التى لا تتميز اليوم عن عيادة خاصة لممارس عام إلا بانضوائها تحت علم الحكومة ، وبافتقادها عنصر الانتماء إلى عنصر بشرى حريص عليها ، وبخاصة انها على الجانب الآخر لا تملك العناصر الجاذبة أو الرافعة لاظهار الانتماء اليها .

ولكن ما هى الايجابيات التى تدفعنا الى الحرص على الافادة من هذه المؤسسات فى وضعها القائم أو على وضعها القائم ؟ قد يكون أول هذه الايجابيات هو العنصر البشرى الذى ارتبط بها ، وبصفة خاصة من خارج طبقة الأطباء ، من العاملين فى المهن الطبية المساعدة حيث أصبح هؤلاء فى المجتمع المحلى يمثلون قيما (أيا كانت) مرتبطة بالخدمة الطبية .

ولعل ثانى هذه الايجابيات هو الكيان المعنوى الذى تكون عبر سنوات طويلة شب فيها جيل فوعى أن هذه المؤسسة مرتبطة بخدمة صحته وحياته ..

ولعل ثالث هذه الايجابيات هو الكيان المادى المتمثل فى أبنية هذه المؤسسات وما فيها من تجهيزات مهما قل شأنها فهى كفيلة بالقيام بدور ما ضمن دور اكبر لذات المنشأة فى المستقبل .

وهكذا نستطيع أن ننصرف إلى تجهيز هذه الوحدات لتلعب دور أقسام متخصصة مرتبطة بالمستشفى الاميرى أو المركزى الذى يقع على بعد كيلو مترات من هذه الوحدات ، وفى العالم كله وفى مصر تنفصل بعض الاقسام عن المستشفيات الكبيرة لتكون مستشفيات متخصصة مرتبطة (أو غير مرتبطة) بالمستشفى الأم .

وفى القصر العينى ينفصل الأطفال فى مستشفيين خاصين هما أبو الريش القديم وأبو الريش الجديد وهما على شاطىء من النيل الذى يقع على الشاطىء الآخر منه قصر العينى نفسه ، بل وفى حى غير الحى ، وقسم شرطة غير القسم ! !

وفى جميع بلاد القطر نجد تقليدا (انجليزيا فى الاغلب) يفصل مستشفى الرمد ومستشفيات الحميات ومستشفيات الصدر عن المستشفيات العامة ، سواء لأسباب طبية ظاهرة أو لمجرد اسباب تنظيمية متعلقة بالخبرة فى إدارة المستشفيات .

بمثل هذا الاجراء نستطيع ان نضع استراتيجية واضحة لتحويل تدريجي للوحدات الريفية الى مستشفيات متخصصة صغرى تخدم المناطق المحيطة ، وتتيح للأقسام الباقية فى المستشفى الكبير [العام أو المركزى] أن تتوسع داخل نفس السور القديم وبدون الدخول فى الحلقات المتفرغة فى بناء منشآت جديدة فى بلد يعانى من عدم المقدرة على بناءات كثيرة ، ومن كثرة المنشآت التى لا تجد الاستغلال الامثل .

وبمثل هذه العقلية يمكن لنا أن نتيح الفرصة امام أقسام الجراحات المتخصصة لتاخذ دورها فى خدمة هذا المجتمع على امتداد هذا الوطن وبأيسر التكاليف و أسرعها فى الوقت نفسه ، واكثرها ملائمة للانقسام الطبيعى الذى يكون فى الخدمات الحية التى نطمح لها فى استمرار الحياة .

[١٠] بعض الحقائق عن الوحدات الصحية فى الريف :

□□ **بدأ الاهتمام الحكومى بصحة الريف منذ ١٩٢٧** حين تقدمت مصلحة الصحة (لم تكن الوزارة قد نشأت بعد) ببرنامج مفصل عن الاصلاح الصحى ..لم ينفذ منه إلا البند الأخير الذى تضمن تقسيم القطر بحيث يكون كل طبيب مسئولا عن ٣٠٠٠٠ من السكان .

□□ وفى العام التالى (١٩٢٨) أنشىء **قسم الأمراض المتوطنة** ، وبدىء فى افتتاح **المستشفيات المتنقلة للأمراض المتوطنة** .

□□ وفى ١٩٣٠ بدأ تعميم المتشفيات القروية التى لم تكن إلا عيادات خارجية غير ذات برنامج صحى محـدد .. وقـد أوقف هذا المشروع عام ١٩٣٨ .

□□ وفى ١٩٣٩ بدأت الحكومة مشروع استئصال البلهارسيا فى الفيوم .

□□ وفى ١٩٤٠ بدأ مشروع مكاتب الصحة الشاملة كبديل للمستشفيات القروية .

□□ وفى ١٩٤٢ صدر قانون تحسين الصحة القروية ، ونفى على انشاء المجموعات الصحية ، واستهدف انشاء مجمـوعة صحية لكل ١٥ الف نسمة لمعالجة الأمراض الشائعة فى الريف وبخاصة الأمراض الـطفيلية المتـوطنة ، ونقص التغـذية .. والأعمال الوقائية بالريف .. وكان عدد هذه المجموعات حتى عام ١٩٥٢ يبلغ ٢٢٢ مجموعة صحية .

□□ فى ١٩٥٤ تقرر ان يكون انشاء المجموعات الصحية ضمن وحدات مجمعة تهدف الى التنمية الريفية المتكاملة وارساء فكرة الادارة المحلية للخدمات ، وتضم الى جانب المجموعة الصحية مدرسة ووحدة زراعية وأخرى اجتماعية وتم انشـاء ٣١٥ وحدة من هذا النوع .

□□ بلغ مجموع الوحدات الصحية المستقلة أو التى ضمن الوحدات المجمعة ٥٨٥ مجموعة .

□□ فى ١٩٦٢ بدأت الخطة الجديدة لتعميم الخدمة الصحية فى الريف فى صورة وحدات ريفية صغيرة لا تحتـوى على أقسام داخلية وتؤدى نفس الخدمات التى تؤديها المجموعة الصحية .

□□ وفى ٧٠ ــ ١٩٧١ بدأ مشروع ناصر للرعاية الصحية ويقضى بانشاء ٤٠٠ وحدة صحية ريفية ثـم تـوالى انشـاء الوحدات الريفية حتى بلغ ما تم انشاؤه حتى عام ١٩٨١ ١٧٩٥ وحدة .

□□ فى ١٩٧٦ بدأ مشروع لتطوير المجموعات الصحية الى مستشفيات ، قروية وهو بالقطع يختلف عـن الفـكرة التـى عرضتها فى الفصل السابق لأنه يهدف الى ايجاد مستشفيات صغيرة فيها كل الأقسام ، وفيها بالطبع كل المشكلات التى تنجم من صغر حجم المستشفى وعدم تكامل الخدمة الصحية فيها .. وذلك على الرغم من وجود السلبيات حتى الآن على مسـتوى المستشفيات العامة فى عواصم المحافظات .

□□ ومع هذا فلابد أن نذكر اهداف مشروع تطوير المجموعات الصحية والتى كانت على النحو التالى :

- تقديم العلاج على مستوى الاخصائى (وقد تطور هذا المستوى الآن فى مستواه .. وفى تزايد أعداده) .
- الاستخدام الأمثل لأسرة الأقسام الداخلية بالمجموعات الصحية إذ يبلغ عددها حوالى ٨ آلاف سرير (وهو نفس الهدف الذى نسعى اليه من وراء فكرة تحويلها الى مستشفيات تخصصية صغيرة تتيح المجال لاعداد الاخصائين المتـزايدة فى عمـل يكون فيه التفاعل بين خبراتهم ممكنا وبحيث لا يتوزعون كل منهم فى قرية يقوم فيها بعملية جراحية واحدة على الأكثـر) بينمـا النظام الذى اقترحته يتيح تكوين (مراكز) ولو على مستوى صغير ولكنها أمامها فرصة النمو .
- تقديم خدمات تشخيصية كالأشعة والفحوص الطبية .
- استخدام المستشفى الفردى كمركز تدريبى للأطباء أو الفنيين .
- تشجيع الأطباء للاستمرار بوحدات الريف (اكثر من هذا يقدم مشروع التطوير الذى اقترحته البديل الأفضل وهو نـزوح الأطباء الاخصائيين الى الريف بتخصصاتهم ورغبتهم)
- زيادة ربط المواطن بالفريق الصحى .

□□ هذا وقد تم الآن تطوير ٣٠ وحدة صحية من هذه الوحدات .

★ نشر الفصل التاسع « مستقبل الوحدات الصحية الريفية » فى جريدة الجمهورية (مـارس ١٩٨٧) كمـا نشرت فـكرته فى المجلة المصرية للعلوم التطبيقية .

[١١] مستشفيات التخصص الواحد : ماضيها ومزاياها :

فى المقال الخاص بمستقبل الوحدات الريفية **اقترحنا تجهيز هذه الوحدات لتلعب دور اقسام متخصصة مرتبطة بالمستشفى الاميرى التى تقع فى منطقته** بحيث تخفف عنه بعض اقسامه غير ذات الارتباط الوثيق بالتخصصات الاخرى ، أو التى يستحسن وجود اقسام مكررة لها فى المستشفى وخارجه .

نستعرض هنا تاريخ وحاضر المستشفيات الحكومية ذات التخصص الواحد (يجدر الاشارة إلى أن القطاع الخاص والاستثمارى هو الآخر قد عرف الطريق إلى هذه المستشفيات ، منذ سنوات طويلة فى مستشفيات الولادة والآن فى كثير من التخصصات) .

مستشفيات الرمد :

□□ فى عام ١٩٥٠ كانت هناك ١٠٦ وحدة لعلاج الرمد (مابين مستشفى وعيادة) وفى عام ١٩٨٠ أصبح عدد هذه الوحدات ١٦٩ وحدة .

□□ يسجل المسح الاجتماعى للمجتمع المصرى انخفاض الطلب على هذه الخدمة من ٥ر٣ مليون مواطن (عام ١٩٥٠) الى ٧ر٣ مليون مواطن (عام ١٩٨٠) ، ولكنه « مؤشر جيد » لأنه يرجع الى انخفاض الاصابة وخاصة بالرمد الصديدى والتراكوما .. ومن ناحية اخرى الى تطور العلاج الحديث وفعاليته .

□□ فى الجيزة وعلى بعد خطوات من الميدان ومن كوبرى الجيزة على النيل مستشفيان متخصصان للرمد كلاهما يمثل معهدا قوميا (مع اختلاف المستوى) أحدهما يتبع اكاديمية البحث العلمى ، وقد بذل فيه رائد طب العيون الدكتور عبد المحسن سليمان كل ثروته تقريبا .. ومستشفى رمد الجيزة بماضيه التالد .. ولكننا فى مسألة هذين المعهدين نهمل اهمالا قوميا على جميع المستويات .. ولعل التفاتة على مستوى رفيع تعيد تقييم هذا الموضوع ..

مستشفيات الامراض الصدرية :

□□ يستقر فى اعماق المواطن المصرى ان مرض (الصدر) مرض معد شديد الخطورة .. وانه يذهب بصاحبه .. وربما لم تستوعب ثقافتنا المصرية العامة التطور الذى احرزته علاجات وعقاقير الصدر ، ومدى التقدم الذى قد يصيبه هؤلاء المرضى .

□□ مع هذا تبقى اهمية وجود مستشفيات مستقلة للامراض الصدرية معتمدة على جانب حيوى وهو ضرورة توفير الهواء النقى والمكان الصحى البعيد عن الازدحام والرطوبة ومصادر العدوى المتاحة بكثرة فى المستشفيات العامة .

□□ هناك عامل جديد يضيف الى اهمية التوسع فى مستشفيات الصدر خارج النطاق القديم ، وهو عصر ازدهار جراحات الصدر ... **وفى مدينة المنصورة حيث يقوم مستشفى للصدر وتقوم الجامعة فان قسم جراحة الصدر والقلب فى كلية الطب يمارس نشاطه من خلال مستشفى صدر المنصورة التابع لوزارة الصحة ..**

□□ **لابد من الاعتراف باننا ورثنا فى مستشفيات الصدر القديمة** عدة تحف معمارية على أعلى مستوى من التشييد والعمارة يجدر بنا أن نفيد منها فى تطوير الخدمات مستغلين هذه البناءات ذات المساحات الواسعة والحدائق والعمر الطويل بفضل بنائها الممتاز ..

□□ كان عدد **وحدات الامراض الصدرية سنة ١٩٥٠ يبلغ ١٣ مستشفى وقسما ارتفع الى ٤١ مستشفى وقسما سنة ١٩٨٠** ، وزادت السعة السريرية من ٣٠٠٠ سريرا (عام ١٩٥٠) الى ٧٣٠٠ سرير (عام ١٩٨٠) .... وارتفع معدل الاستخدام للقسم الخارجى ٩ر١ مواطن لكل ١٠٠٠ نسمة (١٩٥٠) الى ٣١ر٢ (١٩٨٠) .. اما القسم الداخلى فقد ارتفع من ٤ر٢ لكل عشرة آلاف مواطن (١٩٥٠) الى ٧ر٤ لكل عشرة آلاف مواطن (١٩٨٠) .

□□ ينبغي ان نتنبه الى اهمية « **الفحوص المعملية** » **في كثير من علاجات الامراض الصدرية** بحيث يمكن تحديد سبب الحساسية أو سبب العدوى .. الخ) مبكرا وقبل الاغراق في استعمال المضادات الحيوية أو مضادات الحساسية (غير المطلوبة) لمدة طويلة تعود بعدها الى ذات الحلقة المفرغة .

مستشفيات الامراض النفسية :

□□ لابد ان نعترف **باننا في مصر دخلنا الحقبة التي تنتشر فيها الامراض النفسية** ، ومع أن آبائنا يؤكدون أن للايمان (في الشرق) دورا في الحماية من هذه الامراض وخصوصا الايمان بالقدر خيره وشره .. إلا أن هناك بلاشك انماطا من التغيرات النفسية اصبحت شائعة بيننا متخذة صورة الايمان والتدين نفسيهما ، وهذه قضية اخرى .. ولكنها على أعلى مستوى من الاهمية .

□□ تتوازى مع هذه الفكرة .. الأرقام الرسمية التي تسجلها وزارة الصحة نفسها ، إذ أنه مع زيادة عدد الوحدات المخصصة للعلاج النفسي من مستشفيات واقسام عام ١٩٥٠ الى ٣٤ مستشفى وقسم عام ١٩٨٠ فقد زادت السعة السريرية من ٣٣٣٤ سريرا الى ٦١٧٧ سريرا في نفس الفترة ، وزاد الطلب على الخدمة من ٣ر٥ لكل عشرة الآن الى ٨ر٧٣ لكل عشرة الآن .

□□ **مع بروز (وباءات) الادمان من حين لآخر او بروز الاهتمام الاعلامي بها .. يزداد العبء الذي نلقي به على هذه المستشفيات** .. وينبغي لنا أن نفكر من الآن في مدى تنسيق العلاقة بين مكافحة الادمان والمستشفيات النفسية ، وهل يبقى الوضع بالدمج أم يتطور الى الفصل ... الخ) وهي قضايا ليست واضحة حتى الآن في ضمير الرأي العام والفكر العام ..

مستشفيات الأورام :

□□ على الرغم من **التطور السريع والممتاز الذي حققه معهد الأورام في جامعة القاهرة ، فاننا لانزال نفتقد نظائر لهذا المعهد خارج القاهرة على الرغم** من ان الأورام لايقتصر انتشارها على القاهرة وحدها .

□□ ومن الانصاف أن نذكر أن لوزارة الصحة معهد مماثلا في طنطا ، ولكن يبدو أن الجانب العلمي والاكاديمي هو العامل الحاسم في تطوير مثل هذه المعاهد .

□□ ومن الجدير بالذكر أن كلية طب الزقازيق تبذل جهودا (تنقطع من حين لآخر وتعود) لانشاء قسم لجراحة الأورام او معهد ولكن هذا القسم لم يبدأ بعد .

مستشفيات الولادة :

□□ تتمثل في مستشفى الجلاء للنساء والولادة بالقاهرة صورة رائعة لمعهد طبي متخصص .. ولكنها صورة غير متكررة .
□□ الى عهد قريب كانت معظم المستشفيات الخاصة الناجحة اقتصاديا هي مستشفيات الولادة حيث لايقتضي انشاؤها ولاتشغيلها كثيرا من الامكانات الباهظة .

□□ هل يدفعنا هذا إلى تطوير عدد كبير من المستشفيات القروية الى مستشفيات للولادة حماية للامهات والجيل القادم من خطر الجهل والمرض ؟

مستشفيات الامراض الجلدية :
□□ **يشهد احد مستشفيات الامراض الجلدية .. نشاطا علميا من حين لآخر في اطار الجمعية المصرية للأمراض الجلدية والتناسلية مما قد يكون** ذا دلالة على النتائج المثمرة التي قد يحرزها تجمع عدد من الاخصائيين في نفس المكان وتفاعل خبراتهم ..

□□ ربما كانت اقسام الامراض الجلدية ذات طبيعة عمل خاصة – كما عهدنا في مستشفيات الجامعة – بحيث تعتمد في الاغلب على القيادات الخارجية ، وتخلو من مخاطر الوفيات !! ، وربما كان المناخ العام لها اكثر تميزا عن بقية المناخات الاخرى بحيث يحبذ فصلها ..

مستشفيات الحميات :

□□ تتمثل في هذه المستشفيات صورة من الضرورات الطبية الهامة ، **وهي تقريبا تمثل عندنا الرعاية المركزة القديمة** !!

□□ كان هناك ظن بانتهاء عصر الامراض المتوطنة ولكن العوامل المحيطة بالصحة بدءا بالبيئة اثبتت أنه على العكس مـن ذلك ربما مازلنا نحتاج الى هذه المستشفيات وخدماته بصورة ملحة من حين لآخر ..

□□ لابد ان نعترف اننا لم نطور حتى الآن مستشفياتنا القديمة ذات التاريخ الممتاز في هذا التخصص ، وللأسف الشديد فـان المستشفيات الجديدة (الاستثمارية العامة والخاصة) أهملت تقريبا فرع الحميات وركزت بالطبع على الامـراض المتـوطنة والمناظير .. "

□□ يتبقى الاعادة من المسح الشامل والخريطة الصحية في تحديد عدة مواقع تطور وحداتها الريفية الى مستشفيات للحميـات هذا بالموازنة مع تطوير وتحديث الوحدات القديمة التى بدأت تلاقى الاهمال .

□□ في المسح الاجتماعي للمجتمع المصرى : **بلغ عدد المستشفيات المعازل ٥ وحدات في سنة ١٩٥٠ بها ٤٥١٠ سريرا ، وارتفع هذا العدد الى ٨٢ وحدة** سنة ١٩٨٠ **بها** ٦٨٠٣ سريرا .. **ويسجل التقرير نفسه :**

« **ولو ان هذه الزيادة لم تغط الزيادة السكانية إلا انها تكفى الاحتياجات نظرا لتغيـر النمـط العـلاجى لـلامراض المعدية ، وظهور المضادات الحيوية الفعالة ، وانخفاض كثير من الامراض المعدية نتيجـة اسـتعمال اللقـاحات والامصال والوقاية بالطرق المختلفة** » ..

□□ ولا بد قبل الانتهاء من عرض وجهة نظرنا من أن نعطى فكرة عن أعداد المترددين على الوحدات العلاجية عـامة (ومـن ضمنها المستشفيات التخصصية) في وزارة الصحة .

أعداد المترددين على الوحدات العلاجية بوزارة الصحة فى عام ١٩٨٤

	عدد المرضى بالعيادة الخارجية	عدد المرضى بالاقسام الداخلية
مستشفيات عامة مركزية	١٦,٣٥٧,٤٤٤	٨٥٦,١٧١
مستشفيات رمد	٢,٣٣٣,٢٧٠	٢٣,٩٨٣
مستشفيات نفسية	١١٢,٩٩٢	٨,٠٥٩
مستشفيات صدر	٥٢١,٨٧٩	٢٢,٣٨٦
مستشفيات حميات	٢,٤٥١,١١٠	١٦١,٥٨٧
جملة	٢١,٧٧٦,٦٩٥	١,٠٨٢,١٨٦
مستشفيات قروية	٥١٧,١٠٣	٥,٧١٩
مراكز صحية ووحدات ريفية	١٤,٤٦٤,٦٨٩	٩,٧٤٠

[١٢] الخطوط العريضة لرعاية الطفولة

قد لايصدق الناس أن **أعظم انجاز طبى في القرن العشرين** ــ أو قد لايوافقون ــ **هو تلك الجرعة الصغيرة التى يحتويها كيس مكافحة الجفاف عند الأطفال** .. ومع أن القرن العشرين قد حفل بجراحات كثيرة لم تكن موجودة من قبل ، وبـاكتشاف البنسلين والمضادات الحيوية ، وبأدوات الفحص المتنوعة والمتقدمة .. مع كل هذا فان أيا من هذه الوسائل لـم يسـتطع ولن يستطيع أن يحقق ماحققته جرعة الارواء التى قد تنقذ ٥ مليون طفل من الذهاب وهم بعد أطفال إلى العالم الآخر .

قد تكون هذه مقدمة لهذا الموضوع ولكن الذى لاشك فيه أنها حقيقة رائعة جديرة بالدراسة والتأمل ، اذا ما أخذنا في الاعتبار أن ١٥ **مليون من الأطفال الرضع الذين هم في عمرهم بين يوم واحد وبين عام واحد يموتون كل عـام** ، في جميـع أنحـاء العالم ، وهذا هو الرقم المعلن لوفيات الأطفال في هذا السن .

١٥ مليونا من الأطفال ليس أبدا بالرقم الذى لايستهان به ! حتى لو كانت **الكاريكاتيرات المصرية تمزح دائما بعد الحوادث والانهيارات والزلازل فتطلق على المسئولين عن هذه الكوارث أوصاف وسمات التعاون مع أجهزة تنظيم الأسرة** .

خمسة عشر مليون نفس زكية . **لايستطيع واحد أن ينفى ادعاء يدعيه كل أب وكل أم أن ابنهما أو بنتهما التى ذهبت (أو الذى ذهب) كان سيكون كذا وكذا .. لو قدر له أن يواصل الحياة** .

خمسة عشر مليون نفس كان فيها من قبل جهد ١٥ **مليون طبيبا ولدوا** ، و ١٥ **مليون سرير شغلت فى المستشفيات** . . . . الخ ... ذهبت كل هاتيك الجهود قبل أوانها ... أليس كذلك !

وصحيح أن مصير هؤلاء الخمسة عشر مليونا **هو إلى الموت بعد أعوام عشرة أو أقل أو بعد سبعين عاما** .. أو أقل .. كل هذا صحيح ، ولكن وقوع الوفاة بهذه الكثرة فى هذه السن المبكرة هو المأساة البشرية ، والمأساة للبشرية على حد سواء ، ذلك أن أسباب هذه الوفيات (بنسبتها العالية تلك) تنبىء عن تخلف فى مجال الصحيات والخدمات الصحية لم يكن ينبغى أن يبقى حتى اليوم بعد ماتم فى هذا الكون من كمال ظن أهله معه أنهم قادرون على هذه الدنيا .

ومن العجيب **أن أسباب هذه الوفيات ليس أسبابا عديدة ، وانما هى أسباب** معدودة فى أغلب الأحوال ، يعرفها أهل هذه الأرض جيدا ، وقد عانوا منها طويلا ، ولكن الدرس لم يفلح حتى الآن فى أن يؤتى ثمارا تحول دون هاتيك المآسى .

ثلث هذا الرقم المذهل أى خمسة ملايين من الأطفال يموتون بالجفاف ، ولو أفلح النظام الصحى فى **معالجة الجفاف سواء عن طريق حقن محلول الملح بالوريد (عن طريق فروة الرأس أو غيرها) أو عن طريق تلك الأكياس التى أشرنا اليها** .. لأنقذ من **هذه الملايين الخمسة أربعة ملايين على الأقل** .

ومع هذا فان ثلاثة ملايين آخرين يموتون بسبب **الالتهاب الرئوى** والحمى الناشئة من جراء الالتهابات الرئوية .. وليس من الصعب على الطب اليوم أن يستخدم المضادات الحيوية فى موضعها الصحيح من علاج هذه الأمراض لا فى المواضع التى يحلو للكثيرين من أهل المهنة الاتجاه بها اليها !

ثم ان **مليونين آخرين يموتون بالحصبة ، ومضاعفاتها ، وللحصبة طرق للوقاية** ، وعلاجات كثيرة ولكن **أهم نقطة فى** علاجها هى منع المضاعفات لمنع الموت ، وعلى هذا فإن مليونين من أطفال هذا العالم يموتون سنويا (ونحن فى العقدين الأخيرين من القرن العشرين !!) (بفضل) الحصبة !

وهناك مرض معد آخر قد يظن طلاب الطب أنه انتهى من الوجود بعد الوسائل الفعالة التى اكتشفت للقضاء عليه ، ولكنه للأسف لايزال يحصد أرواح مليون ونصف من أطفالنا الرضع تضيع حياتهم بسبب تقلصات السعال الديكى !! التى تنتهى بوقوف الجهاز التنفسى عن العمل ووقوف الحياة .

وفى المرتبة الخامسة يأتى التيتانوس الذى يذهب بأرواح مليون من الأطفال ، هذا غير مايذهب به من أرواح الكبار ... ومع هذا فان كثيرا من ممرضاتنا فى أقسام الاستقبال يحسبن أن من البراعة أن يوفروا حقنة التيتانوس ويضنوا بها على ذلك المريض الذى أتى ليأخذها !! أفلح الوعى الصحى .. ولكن العاملين (أو بعض العاملات) فى الخدمات الصحية يأبين إلا أن يذهبن بهذا النجاح .. كأنما نخطو الخطوة الأولى لتقضى عليها نهائيا الخطوة الثانية مباشرة !!! أى عبرة إذن !!

وفى إحصاء طبى شمل عددا كبيرا من أطفال الدول النامية **تبين أن ١٦٠ يوما من حياة هؤلاء الأطفال على مدار العام (٣٦٥ يوما) يقضيها الطفل فى تأوه بسبب المرض** !! وعلماء النفس يؤكدون كثيرا أن طبع الطفل يصنع فى عامه الأول . بل ان شخصية من أعظم شخصياتنا اليوم شأنا يعتز بفضل والديه عليه فى عامه الأول الذى لم يبك فيه إلا مرة واحدة ! فتأمل معى سيدى القارىء أى مستقبل ينتظر الأمة التى قضى أطفالها الرضع ـ رجال مستقبلها ـ ١٦٠ يوما فى حالة المرض !!

وهاتيك الأيام تتوزع مابين ثلاث أو أربع دورات (فى المتوسط) من الاسهال المعدى .. وكلمة المعدى هذه تبين طبيعة الاسهال التى أتت بفضل العدوى ! وهذه إدانة للبيئة ! .. **تقييد الاسهال بوصفه بالمعدى إشارة هامة الى طبيعة الأمراض التى تذهب بالأطفال** .. فهذا إسهال ندخل نحن أسبابه إلى **أجهزتهم الهضمية** ، وليس ناتجا عن مرض فى هذا الجهاز !! **الأطفال كلهم براءة** ، وهم براء أيضا من أسباب وفاتهم ! وقديما دارت محاورات أهل الخير بأن **الأطفال يصيبهم مايصيبهم وهم بعد لم يجنوا** ماينالون عليه ذلك العقاب ، وبيت الشعر الذى يلخص هذه النظرية من أخلد أشعارنا .

ألم يروا إيلامه الأطفالا وشبهه فحاذر المحالا

ومع هذا **فتخفيف هذه الالام من أكثر الاعمال التى تستاهل إثابة الله .. ومع هذا فبقاء هذه الالام فى عصر أتـاح لهـا الزوال عار يستاهل خزى الدنيا** والآخرة .. ومع هذين فلاتزال هناك الالام بل والموت الزؤام !

ثم إن الطفل يعانى أيضا (فى المتوسط) خلال عامه الأول من أربع إلى خمس دورات من عدوى الجهاز التنفسى . وقد أسلفنا أن حمى الالتهابات الرئوية تأتى فى المقام الثانى بين أسباب الوفاة .

وإلى كثير من ظروف البيئة والتغذية ترجع الالتهابات الرئوية الفضل فى انتشارها على هذا النحو ، وليس من الصعب التحكم فى هذه الالتهابات بفضل الاصحاح الجيد ، والتهوية الجيدة ، والعادات الصحية المنضبطة ، والوعى الصــحى ، واســتخدام الدواء فى مرحلة مبكرة وبالتركيز المطلوب (ثم أن يكون هذا الدواء هو الدواء لاشبيهه) .

وعلى كل حال فإنه اذا كان علينا أن **نلخص أهم الوسائل الكفيلة بتحقيق ثورة من أجل حياة هؤلاء الأطفال فسوف نجد أربعة وسائل فعالة** ، **أولها الارواء** نقصد علاج الجفاف . ونستطيع أن نفخر أن مصانع العالم اليوم تنتج حوالى ٨٠ مليــونا باكت من جرعة علاج الجفاف ، ولعل الأيام تتيح لهذا المشروع نجاحا فى توعية الأمهات ، ولفت أنــظارهم .. وفى رفــع كفــاءة العاملين فى الخدمات الصحية فى هذا المجال .. ولقد أثبتت الحملات التى ساعدت فيها منظمات الأمم المتحدة فى بعض الــدول (ومنها مصر والهند وبنجالاديش) **أن هذه الجهود قد استطاعت أن تخفض الوفيات بمقدار النصف** ، وعلى هذا فليس من رابع المستحيلات ولا من ثانيها أن نرفع عقيرتنا بالأمل فى أن **نقضى على ٩٠ ــ ٩٥٪ من هذه الوفيات** ، **وليس هذا على اللــه ببعيد** .

ولابد هنا أن نلفت النظر ــ من باب الوعى الصحى ــ إلى نقطتين هامتين : ــ

أولاهما : **أن كثيرا من الأمهات إذا ما أصاب اطفالهم الاسهال المتواصل (فى اول مراحل الجفاف) اوقفــن الــطعام والشراب** ، **وتقل الشهية ويقل الامتصاص ويزداد القىء ويزداد الاسهال** .. وهنا مكمن الخطورة .. ولعل هذا ينبهنــا الى اهمية استشارة الطبيب . ولن يتأتى هذا الا اذا كثفنا الجهد فى ان نزرع فى القلوب العطوفة ان هذه الحالة تســتدعى الــطبيب وتستدعى النظر ، وأن علاجها شىء آخر تماما غير إيقاف الاطعام !! ومع أن هذا التكثيف قد يجعل كثيرا من الأمهات ينظرن الى كثير من الحالات البسيطة وغير المرضية على أنها حالات مرضية متأثرين بنظرة الحكومات التى تؤمن بأن المتهم مدان حتــى تثبت براءته ! وقد حدث هذا كثيرا جدا فى اعقاب حملات التلفزيون المصرى ، الا ان هذا على كل حال خير بــكثير جــدا مــن (النعاس) التى كانت فيه كثير من الأمهات !

ثانيها : أن كثيرا من الامهات فى احوال اخرى ينظرن الى الاسهال كظاهرة طبيعية تصاحب الفطام أو ظهور الأسنان .. وهــو ماقد يتوافق عندهن مع الشهر الخامس والسادس .. وتكاد تكون هذه العقيدة من أبرز مقومات عقائدهن فى التــربية الصــحية لأطفالهن .. وحتى لو كان هناك مايستدعى الاسهال فإن من الضرورة بمكان ألا تقعدنا معرفة السبب عن التصرف الحذر تجــاه النتائج المتوقعة التى تقود الى دائرة تنتهى بما تنتهى إليه الحياة !

وصحيح ان الطعام الملوث ، وان المياه غير النقية ، وان نقص الاصحاح ، وأن بعض العدوى قد تقود الى الاســهال .. كل هذا صحيح ، ولكنه لاينبغى ان يعوقنا عما يقودنا إليه الاسهال ذاته !!

ويأتى **بعد هذا بعد الارواء** [كأهم عنصر فى تقليل وفيات الاطفال] **تأتى جداول النمو** وقد يدهش القارىء لوضع جــداول النمو ، فى هذا الموضع المتقدم بين الوسائل الكفيلة بخفض معدلات وفيات الأطفال .. ولكن الحقيقة ان هذه الجــداول تلعــب دورا اساسيا جدا فى المسألة ، وليس من قبيل المبالغة القول بأن جداول النمو هذه هى خير مثل على صحة القول بأن أول الكمال هو الشعور بالنقص !! ذلك أن معظم الأمراض التى تنشأ عن سوء التغذية لاتلقى اهتمام الأهل الذين لايدركون مدى خطورتها ، فالطفل صغير ، وليس عندهم ــ ولاعند الأطباء انفسهم ــ الحاسة التى يميزون بها صغر الطفل عما ينبغى له ان يــكون تبعــا لعمره .. وقد يكون مرجع هذا الى معدلات النمو السريعة للاطفال فى سنواتهم الأولى ، وأن صورتهم فى الحياة لاتتيح [مباشرة] للرائى ان يقدر كم شهرا هم ؟ .. ولكن هذه الجداول وهى سهلة الاستعمال جدا كفيلة مع « مقياس مترى » يــوضع فى جيــب العامل بالخدمة الصحية ان تشخص مالايمكن تشخيصه الا بها ، ثم يتم التصرف على هذا الأساس .

وعلى قدر خطورة سوء التغذية بين الاسباب المتعددة للوفاة ، تأتى ايضا اهمية جداول النمو Growth Charts

أما العنصر الثالث فى تقليل وفيات الأطفال فهو الرضاعة الطبيعية ، ومن حسن الحظ اننا ابقينا عليها (فى النسبة العظمى) حتى سنوات قليلة ، ولعل هذا ماسوف يعطينا الامل فى أن تعود اليها سيداتنا على امتداد الوطن العربى .. وليس مــن شــك ان العوامل التى تقف فى جانب عودتهم إليها ، عوامل قوية الايجابية ، ربما لأن فيها الجانب الروحى وهو ماقد لايتوافر فى مجتمعات أخرى .. ومع هذا فإن من الخطورة أن نقلل من قدر العوامل التى تحول بين السيدات وبين هذه الرضاعة .. ولعل الأسباب غيــر

المباشرة فى هذه المسألة هى الأولى بالنظر ، فتعاون الحكومات مع الأمهات العاملات من أجل قيامهن بالرضاعة يجب ان يكون على اوسع نطاق وأسرع مايمكن .. وليكن شعار الحكومة أن تحمل هؤلاء الأمهات على كفوف الراحة ! مهما حسبت التكلفة الاقتصادية لذلك . ومن ناحية اخرى فإن الاعلام بخطورة البعد عن الرضاعة الطبيعية يجب أن يأخذ حيزا أكبر مما هو يأخذ الآن ! يجب علينا ان نعمل فى هذا المجال حتى نجد السيدة التى تتألم لأنها لاتستطيع الرضاعة الطبيعية لعامل قهرى .. ومع هذا فهى تتمنى ان تتاح لها الفرصة او نصف الفرصة .. ومع هذين فهى تخفى هذا العجز عن ارضاعة عن صويحباتها حياء وخجلا .. هذا هو الطراز والنموذج الذى ينبغى لنا أن نسعى اليه على المديين القصير والطويل فى الاعلام والتربية على حد سواء .

وينبغى لنا أن ننظر الى كتب القراءة والمطالعة فى الأعوام القادمة فنجد فيها فى أكثر من مقررات فرقة دراسية موضوعات أو اكثر يبث فى النفوس وهى بعد لم تتشكل اهمية ان نمضى على النحو الذى خلقه الله ! ... الخ .

نأتى بعد هذا الى العامل الرابع ــ وهو آخر العوامل التى نتحدث عنها اليوم ــ وهو المناعة .. المناعة التى بفضلها اختفى الجدرى نهائيا من على وجه الأرض ، المناعة التى بفضلها لم تعد الكوليرا أقسى من الحروب العالمية .. المناعة التى بفضلها اختفت كثير من البثور والتشوهات التى كانت تبقى على وجوهنا وأجسامنا طيلة أعمارنا !

ومع أن الأمراض المعدية كثيرة جدا ، إلا أن أبرز هذه الأمراض فى مجال الحديث عن أهمية المناعة فى تقليل اسباب الوفيات بها امراض هى على التوالى الحصبة (التى اسلفنا أن مليونين من الوفيات تعزى إليها) ثم التيتانوس ، والسعال الديكى ثم الدفتريا وشلل الأطفال والسل .. وقد يعجب بعض الذين سيكنون فى العواصم من هذه الحقائق ، ولكنها للأسف هى الواقع فى المجتمعات البعيدة عن الخدمات الصحية ، ولهذا فانى اعتقد ان الدور الاجتماعى لطلاب الطب وطالبات التمريض واقرانهم من زملاء الجامعة لن يقف فى المستقبل على حدود بعض الحملات القريبة ، وانما ينبغى ان تذهب الحملات الى هذه المجتمعات التى لايصل اليها التطعيم بالطريق الحكومى .. وأن تصل هذه المجتمعات الى النجاح فى التطعيم باكمال كورس التطعيم على ماينبغى ان يتم عليه ، لا أن تكتفى بجرعة وتمضى تاركة الأم وهى تعلم ان عليها ان تواصل التطعيم بعد فترة كذا .. بينما لاتعلم كيف يتم ذلك ؟؟

إن برنامج المناعة ضد هذه الأمراض الستة لحسن الحظ لايكلف إلا ٥ دولارات وهذه نعمة من عند الله .. تماما كنعمه الكثيرة المتوالية التى نستغلها من دون ان نحس النعمة او نشكر عليها ، ونحن نود ان نستغل هذه النعمة على ـ مستوى الانسانية كلها كما تستخدم الانسانية نعمة النظر تماما ! ولو بذلنا بعض الجهد المكثف فلن يكون هذا اليوم ببعيد ..

إن من الارقام التى تقف فى اول القائمة التى توصم بها البشرية فى أخريات القرن العشرين أن ٢٠ ٪ او اقل من التعداد فى بعض السكان العالم الثالث هم الذين حصنوا ضد هذه الامراض .. اما الباقون فمنهم من لايعرف شيئا عن هذا الذى نتكلم عنه .. ومنهم من فشل (أو فشل النظام الصحى) فى إتمام مقرر علاجه .

وبعد فليست هذه العوامل الأربعة من الصعوبة بمكان ، ولاهى من الاجراءات المكلفة جدا هذا ولاهى من التى تحتاج أنظمة معقدة أو أموال كثيرة لتطبيقها على اوسع نطاق فالمناعة بخمسة دولار .. والرضاعة الطبيعية هى ببساطة استخدام هذا الذى رزق الله به السيدات مع اولادهن ــ باوتوماتية ربانية ــ بدلا من لبن آخر قد لايستطعنه وبالتأكيد فهن لايأمنه ولايحببنه .. وجداول النمو قد لاتكلف نصف دولار .. وجرعة الارواء التى أصبحت موجودة بسهولة ويسر .

من نعم الله انه على قدر ماتعظم المصائب ، فإن حلولها من ايسر مايمكن ان يتصور الانسان !! لك الحمد يالله

[١٣] التأمين الصحى .. المأزق والمخرج : ـ

يمكننا القول فى بساطة شديدة إن مأزق التأمين الصحى فى مصر يكمن فى **أننا حولناه من فكرة الى بيروقراطية** .. تماما كما عبر كاتب كبير من كتابنا فى مسرحية (إدارة عموم الزير) عما حدث لزير يشرب منه الناس الماء حين أصابته البيروقراطية فإذا الادارات تكثر من حوله حتى أصبحت له ادارة عامة بينما غاب الزير نفسه .

فبينما كان هدفنا التأمين على كل المصريين عندما بدأنا نظام التأمين الصحى عام ١٩٦٤ ، وهى عملية كانت سهلة لو سلكنا السبيل الصحيح ، إذا بنا نغرق فى انشاء مستشفيات وإدارات وفروع وتجهيزات طبية ومبان للفروع وتجهيزات ادارية ومجلس إدارة ...الخ) بينما لم تتم عملية التأمين الصحى نفسها ، وتحولنا الى أن وصلنا الى وضع يستحق أن ينظر إلينا المراقبون من خارج بلادنا نظرات الاشفاق حين يعلمون أننا وبعد ٢٣ عاما من بدء فكرة ومشروع التأمين الصحى لم يصل عدد المنتفعين عندنا حتى الآن إلا الى ٧ ٪ من مجموع المواطنين .

وطبعا تم هذا [الاحباط] على مراحل فقد **تغير الهدف ليظل التامين ١٠ مليون مواطن فى عشر سنوات ، و أخيرا عدل الهدف ليتسنى تغطية ١٠ مليون مواطن حتى عام ٢٠٠٠ .**

ومما لا شك فيه أنه لو كان أمر التأمين الصحى قد أوكل الى أيد غير طبية ، أيد ادارية أو قانونية متفتحة فلربما كان هناك نظام آخر ربما على النحو السلس من النجاح الذى حققته التأمينات الاجتماعية ، ومعاش السادات .

وربما لا يزال الحل قائما فى أن تصبح **هيئة التأمين الصحى مجرد هيئة قابضة تتولى عملية التامين فى إطارها العام لا فى تفصيلاتها الدقيقة الكثيرة .. أى أن تتفرغ هذه الهيئة لعمليات من مثل التعاقد مع المستشفيات لعلاج المؤمن عليهم ومراقبة هذه المستشفيات وإقراضها المبالغ الكبيرة التى يمكن للمستشفيات بها تطوير مستوى خدماتها على أن تستقطع هذه المبالغ من حصيلة حساب علاج المؤمن عليهم .. بعبارة أهل الاقتصاد أن تتحول هيئة التامين الصحى الى هيئة تمويل وتعاقدات فحسب .**

وربما يكون السؤال المتبادر الآن الى ذهننا ، وماذا نفعل بالمؤسسات الصحية التابعة للتامين الآن ؟ الجواب بسيط .. فهذه تمثل بعض المؤسسات التى سوف تتعامل معها الهيئة [القابضة] للتامين الصحى .. وعندما تعالج الهيئة المؤمن عليهم داخل مستشفياتها فهذا تعاقد مع [الداخل] الذى يصبح بمثابة القطاع العلاجى داخل هيئة التامين الصحى ولا مانع أن يكون مؤسسة كاملة داخل المؤسسة بينما تعاقدها على بقية المؤسسات الصحية هو تعاقد مع [الخارج] الفكرة ليست غريبة ولا صعبة ، ولها تطبيقات قائمة فى مصر على صعيد الشركات التى لها صناديق تامين صحية خاصة .. ولكنها مع ذلك تتطلب اقتناعا واقناعا مكثفا من أجل اخراجها الى حيز التنفيذ .. الى النور حيث يمكن عندئذ القول باننا وضعنا الاطار العام لحل مشكلة العلاج عند المواطن العادى .

التأمين على الفلاحين : =

على أن هذا الجانب ليس هو كل ما فى الموضوع التأمين فنحن فى كل ما حققنا حتى الآن من سياسات تأمينية لم نتعد الاطار السهل أو الأسهل وهو التأمين على « الموظفين » بينما لم نقترب حتى الآن من نقاط التحدى الحقيقية بالتأمين على الفئات التى هى أحوج ما تكون الى التأمين كالفلاحين مثلا .. أو أصحاب الرزق المتغير كما يقول العامة . ومن المدهش أننا جميعا كأطباء نقف عاجزين امام وضع تصور لضم هؤلاء الى عملية التأمين الصحى ، بينما لو تجردنا من نظرتنا وانتبهنا الى الافكار العامة التى عندنا عن حياتنا العامة لوجدنا أن قطاعات كثيرة من الشعب قد قبلت ورحبت واستفادت من التأمينات الاجتماعية وأصبح لها معاش .. الخ) من هذه التأمينات التى تقوم لها وزارة من أنشط وزارتنا وهى وزارة التأمينات الاجتماعية .

هل نستطيع أن **نتنازل عن شىء من الغطرسة البيروقراطية واحتكار الحديث باسم الصحة ، ونترك أمر صياغة التامين الصحى على هذه الفئات لوزارة التامينات الاجتماعية .. التى تتعاون بعد ذلك مع هيئة قابضة للتامين الصحى ، تمولها وتستقبل خدماتها ؟ هذا حل يسير ولكنه يحتاج الى أن يكون فى** هذا الوطن كثيرون من الذين يرغبون عن نسب الفضل الى أنفسهم ، حينئذ يتحقق للوطن ازدهار كبير .

أم هل نستطيع أن نقنع أنفسنا بجدوى الاستفادة من تجربة وزارة التأمينات الاجتماعية فى معالجة الموضوع ، والدعاية له وترغيب الجمهور ، والافادة من قوائم المؤمنين من الفئات المختلفة من غير الموظفين .

أم هل نستطيع أن نتعاون مع وزارة التامينات ومع غيرها من المحليات على مد مظلة التامين الاجتماعى والصحى فى ذات الوقت مع بعضها الى الفئات التى لم تشملها احدى المظلتين حتى الآن بحيث يرون صورة من صور التأمين الشامل .

وقبل كل هذا فان من الواجب أن نتساءل **عما إذا كانت لدينا فكرة عن التجارب التى سبقتنا اليها دول أخرى فى هذا المجال .**

التأمين : المدفوع والمردود : -

ربما أصبح من الأهمية بمكان ان نفكر فى وضع درجات للتأمين الصحى بحيث لا يظن كل الناس أن الذى يدفع المبلغ الكبير لن يلقى من الرعاية إلا ما يلقاه دافع المبلغ الصغير .. وبحيث يمكن أن يكون هناك فى هذا التأمين ذلك الاختلاف الذى جعله الله من طبيعة الحياة فى كل صورها . وربما كان وضع نظم تأمينية مختلفة يختار منها المؤمن عليه إحدى صورها حسب طبيعة طموحاته ، **ونظرته الى مكانته الاجتماعية هو الحل الوحيد الذى يمنع من الآن الأمراض الاجتماعية التى ربما قدر لها أن تسود عملية أداء الخدمة فى قطاع التامين الصحى حين ينال كل مريض الخدمة تبعا [لنفوذه] لا لقيمة ما دفع فى نظام قائم على تمويل أصحاب الخدمة للخدمة نفسها .**

فإذا لم ننتبه منذ الآن الى هذه الحقائق فى ظل انشغال التأمين بعملية البناء والادارة وهى عملية لا تنتهى فأرجو **أن يكون لهذه الافكار محل حينما يتحول الى هيئة اقتصادية قابضة وممولة ومتابعة وباحثة عن التجديد فى الأفكار والنظم بما يتواءم مع راحة الناس ومتطلباتهم الحقيقية ومع أمل هيئة التأمين الصحى نفسها فى فريد من النجاح .**

[١٤] بعض الحقائق عن التأمين الصحى فى مصر :

تطور أعداد المنتفعين بالتأمين الصحى منذ إنشاء الهيئة (١٩٦٥ - ١٩٨٢)

السنة	عدد المنتفعين بالألف	السنة	عدد المنتفعين بالألف
١٩٦٥	١٤٠	١٩٧٤	٤٣٦
١٩٦٦	١٤٥	١٩٧٥	٦٠٢
١٩٦٧	١٧١	١٩٧٦	٩٢٢
١٩٦٨	٢٥٧	١٩٧٧	١٠٨١
١٩٦٩	٢٩٦	١٩٧٨	١٢٥٥
١٩٧٠	٣١٨	١٩٧٩	١٤٢٧
١٩٧١	٣٦٨	١٩٨٠	١٦٥١
١٩٧٢	٣٧٩	١٩٨١	٢١٦٨
١٩٧٣	٤١٥	١٩٨٢	٢٥٦٣

هذا بالاضافة الى حوالى ٣ , ٥ مليون منتفع يطبق عليهم نظام التأمين لاصابات العمل

تطور خطوط التأمين الصحى فى مصر :

استطاعت الهيئة العامة للتأمين الصحى خلال السنوات العشر الأولى من التطبيق أن تمد مظلة التأمين الصحى الى حوالى نصف مليون منتفع معظمهم من العمال الخاضعين للقانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ إلا أن موظفى الحكومة ظلوا محرومين تقريبا حتى عام ١٩٧٥ حتى قدمت الهيئة مشروعها للعلاج التأمينى لهم ، والذى صدر به القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥ .

ويبدأ تنفيذ المشروع فى أول اغسطس ١٩٧٥ على حوالى ٢٣٠,٠٠٠ منتفع كمرحلة أولى فى اربع محافظات ثم امتد التطبيق تدريجيا ليشمل معظم موظفى الحكومة فى محافظات الجمهورية .

النسبة المئوية التى تستقطع من المرتبات سنويا

البيـــان	حصة صاحب العمل			حصة العامل	المجموع
	العلاج	تعويض الأجر	المجموع		
القطاع الحكومى	٣ ٪	–	٣ ٪	١ ٪	٤ ٪
القطاع العام	٣ ٪	–	٣ ٪	١ ٪	٤ ٪
القطاع الخاص	٣ ٪	١ ٪	٤ ٪	١ ٪	٥ ٪
أصحاب المعاشات	–	–	–	٢ ٪	٢ ٪
الأرامل	–	–	–	٢ ٪	٢ ٪

معدلات أداء الخدمة لمنتفعى القانونين

البيـــان	ق ٧٩ لسنة ٧٥	ق ٣٢ لسنة ٧٥
متوسط المنتفعين لكل ممارس	١٥٠٠	٢٥٠٠
متوسط التردد السنوى للمنتفع على الممارس	٥ مرات	٢ مرة
نسبة التبليغ اليومى للممارس	١,٥ ٪	٠,٥ ٪
نسبة التحويل للأخصائى	١٧ ٪	٢٦ ٪
متوسط التردد السنوى للمنتفع على الأخصائى	١,٥ مرة	١ مرة
متوسط الاقامة للحالة فى المستشفى	١٠ أيام	٩ أيام
متوسط قيمة التذكرة المنصرفة من الممارس	١,١٥٦ جنيه	١,٨٣٨ جنية
متوسط قيمة التذكرة المنصرفة من الأخصائى	٢,٢٧٨٦ جنيه	٤,٠١٧ جنية

ملحوظة :

يبلغ عدد المنتفعين بالقانون ٧٩ لسنة ٧٥ قدره حوالى ٢,١ مليون منتفع وبالقانون ٣٢ لسنة ٧٥ قدره حوالى ١,١ مليون منتفع موزعين على جميع محافظات الجمهورية .

تكلفة المنتفع سنويا من واقع قطاعى بيانات شمال وغرب الدلتا (عام ٨٠ / ١٩٨١)

البيـــان	ق ٧٩ لسنة ١٩٧٥ مليم جنيه	ق ٣٢ لسنة ١٩٧٥ مليم جنيه
الممارس العام	١,١٥٧	٠,٦٣٤
الاخصائى	١,٨٦٤	١,٤٦٧
دواء الممارس العام	٢,٢٧٦	٠,٧٧٣
دواء الأخصائى	٤,٠٦٤	٢,٠٤٦
تكلفة العلاج داخل المستشفى	١,١٠٨	١,٢١٣
عناصر تكلفة أخرى	١,٨٠٢	١,٥٥٨
إجمالى متوسط التكلفة	١٦,٢٧١	٧,٩٩١

متوسط تكلفة المنتفع الواحد من أرباب المعاشات
بفرع شمال وغرب الدلتا (عام ٨١ / ١٩٨٢)

بيـــان التكلفة	متوسط التكلفة بالجنيه
أولا : (ا) تكلفة العلاج خارج المستشفى	
تكلفة خدمة الممارس العام	١,٤٧٢
تكلفة خدمة الأخصائى	١,٧٣٥
(ب) تكلفة الدواء خارج المستشفيات	
تكلفة ممارس عام	٤,٥٠٨
تكلفة اخصائى	٢٥,٦٩٠
اجمالى تكلفة العلاج خارج المستشفى	٣٣,٤٨٦
ثانيا : تكلفة العلاج داخل المستشفيات :	
المستشفيات المملوكة	٧,٦٠٩
المستشفيات النوعية	,٨٥١
اجمالى تكلفة العلاج داخل المستشفيات	٨,٤٦٠
ثالثا : تكلفة العلاج خارج الجمهورية	,٣١٦
رابعا : تكلفة الأجهزة التعويضية	,٢٦٠
خامسا : تكلفة المصروفات الادارية	١,٢٢٦
متوسط تكلفة المنتفع فى السنة	٤٣,٧٤٨

[١٥] الطب والانفتاح : نمط المستشفيات الاستثمارية .

تختلف ـ إلى حد كبير ـ انطباعات جمهور الأطباء عن المستشفيات الاستثمارية الجديدة فبينما **يرى كثير منهم أن هـذه المستشفيات هى التى أنقذت الطب فى مصر** فأن كثيرين منهم **يرونها مسئولة عن جزء كبير مـن الـدمار** (!!) المحيـق بالخدمة الطبية فى مصر .

وبعيدا عن الانتماءات والمذاهب السياسية فأنه يمكن التحرر من كثير من الانطباعات الموجهة للافادة من تجربة خضـناها بالفعل وتركت بعض الآثار على الاقتصاد القومى والمجتمع .

فعلى حين كان بعض الناس يظنون أن المستشفيات الاستثمارية الجديدة سوق تحل كل المشكلات التى كان النظام الـطبى المصرى يواجهها ، إذا بهم يجدون هذه المستشفيات فى مجملها عاجزة عن تحقيق النجاح بل والحد الأدنى من النجاح فى كثيـر من الأحوال ، وقد أعلن الاقتصاديون أن **نسبة الربحية فى هذه المستشفيات (تراوحت ما بين** ٢.٧ ٪ **و** ٦.٦ ٪ (هـذا فى المستشفيات الرابحة علما بأن هناك مستشفيات لم تستطع تحقيق ربح على الاطلاق وبلغت خسائر واحد من هذه المسـتشفيات ٣٨ ٪ من رأس المال المدفوع ونشأت من جراء هذه المستشفيات عدة مشكلات وظواهر اجتماعية واقتصادية هامة ، فقد تبين للناس حقيقة ارتفاع تكاليف المعدات الهندسية والطبية وسوء استخدامها ، ووضح للجميع بما لا يقبل محلا للشك وجود أنماط من العلاج غير مناسبة على الاطلاق لظروف المجتمع المصرى الذى لم تنم فيه بعد روح التـأمين ، ولا ثـروات الـرأسمالية ولا الالتزام الاسلامى أو الاشتراكى .

وعلى الصعيد المهنى فقد اتضحت المبالغة فى الاعتماد على نظام علاج داخلى .(وهو التعبير الذى يطلق على العلاج داخل (أو على) أسرة المستشفيات) بدون الحاجة إليه إلا لتشغيل المستشفيات وهى القضية التى عبرنا عنهـا فى الفصـل الخـاص بمستقبل الطب الاسلامى تحت مفهوم أن الطب مهنة لا يجوز أن تتحكم فيها اقتصاديات العرض والطلب ... وعبرنا عن الجانب الاخر من هذه القضية فى الفصل الذى عنوانه « تقييم كفاءة الخدمات الطبية » على ضوء حقيقة أن بعض المنشآت التى قـامت من أجل تقليل دورة السرير أصبحت تزيد فى هذه الدورة لترفع من نسبة الاشغال التى تعتمد عليها دخولها .

ولم تنجح المستشفيات الاستثمارية من المبالغة فى استخدام العمالة الأجنبية ، وهو الخلق الـذى صـادف فى السـنوات الأخيرة قبولا مصريا حتى على مستوى الخدمة المنزلية ، وربما تحتاج هذه الظاهرة إلى مزيد من التضخم والانتشار حتى ننتجه إلى خطورتها ، ونبدأ عندئذ نحس بضرورة التفكير فى إعادة النظر فى تخطيطنا للقوى البشرية .

وعلى صعيد اقتصاديات الخدمة الصحية فقد وضح مدى الاعتماد الزائد على القروض فى إنشاء هذه المستشفيات ، وربمـا كانت دراسات الجدوى غير الدقيقة هى المسئول الأول عن مثل هذا الاندفاع إلى الاقتراض الذى أصبح يمثل اليـوم السـيف المسلط على اقتصاديات هذه المستشفيات ..ومع هذا فإن الانصاف يقتضيان أن نقول إن تحويل هذه الأموال إلى أصول ثـابتة كان انجازا ، وأن التجهيزات التى تمت أيام كان الدولار لا يزال أقل من ثلث سعره اليوم هى الأخرى إنجاز ، وإن فرص العمـل التى وفرتها هذه المستشفيات والتى بلغت حوالى ٢٢٠٠ فرصة عمل (مجموع أجورها أكثر من خمسة ملايين) هـى انجـاز ثالث .

وهذه المعلومات التى نستقيها من دراسة هامة لهيئة الاستثمار درست فيها نتائج ستة عشر مشروع استثمارى للعلاج تعطينا أبعادا كثيرة لفهم المكانة التى لهذه الكيانات الصحية فى مجتمعنا الذى ربما كان ومازال حـريصا على وجـود مثـل هـذه المستشفيات . ويمكن تلخيص الأسباب المشجعة لعملية الانشاء هذه إذا ما استوعبنا مدى حاجة المـريض (القـادر) إلى حمايته من الاستغلال غير الانسانى فى العيادات الفردية (المغلقة) أو مستشفيات العلاج بالخارج التى لن توفر له من الخـدمة قدرا يتوازى مع ما قد يقدمه من قيمة مادية ..وتقدم مستشفياتنا الجديدة بالطبع المكان الأنسب للخدمة الطبية بمـا يسـاعد الدولة فى تحقيق استراتيجيتها الصحية حتى لو عجزت امكاناتها عن الوفاء بالأجهزة المطلوبة (والجرعات) المنـاسبة مـن العلاج والفحوص . وربما كان الانطباع السىء الذى يقابله الجمهور فى مستشفيات الدولة هو الذى يلعب الدور الأكبـر فى دفـع الناس إلى هذه المستشفيات .

على أن الصورة الأكثر جمالا لهذه المستشفيات هى تلك التى يرسمها الدكتور عبد المنعم حسب الله وكيل كلية طب القـاهرة السابق ومدير المركز الطبى للمقاولين العرب منذ انشائه حين شبه هذه المستشفيات والخدمة فيها باللوحة الجميلة .. تقتنيهـا بثمن هو أضعاف ما فيها من مواد خام ولكنك تشترى الفن إن جاز هذا التعبير ، وربما كانت هذه هى الصورة التى يتمناها الناس للمستشفيات الاستثمارية ، وربما كانت هذه الصورة ـ من باب الانصاف ـ متحققة فى كثير من المواقع حتى الآن .

وفيما يتعلق بابرز إيجابيات المستشفيات الاستثمارية ، وهو الأسرة المضافة فإن الدكتور أمين الجمل الوكيل الأول لـوزارة الصحة (سابقا) قدرها بألفى سرير فى حديثه مع الاستاذ وجدى رياض :ـ الاقتصادى اغسطس ١٩٨٥ ، وهذه الأسرة أضيفت بدون دعم ، ودون أن تحتل الدولة أى تكاليف ، وهى كذلك لا تستفيد من أى دعم سلعى أو خدمات وسيطة ، وتعامل بلامجاملة فى الماء والكهرباء والغاز وكل شىء .. وإن كانت تعفى من الضرائب والجمارك لمدة خمس سنوات (أو سبع) من بدء التشغيل .

وهكذا تتضح لنا صورة ـ شبة شاملة ـ عن هذا القطاع الهام من الخدمة الطبية ، الذى لابد لنا أن نعمل دائما على حثه على التطور ومساعدته على هذا التطور لأن الارتقاء به يرتضى بالطبع بكل مؤسساتنا الطبية على نحو مـا تفعـل القـدوة فى حيـاة المجتمعات ، وهى حقيقة هامة ربما كان لها أثر واضح ففى كثير من التطوير الذى أصابته مستشفياتنا بالموازة مع انشاء هـذه المؤسسات الطبية الجديدة .

[١٦] بعض الحقائق عن العلاج الخاص فى مصر

□□ فى دراسة الاهرام الاقتصادى (أغسطس ١٩٨٥) تبين أن **حجم الانفاق على العلاج الخاص هو حوالى ٣٠٤ مليـون جنيه من مجموع الانفاق الكلى على العلاج فى مصر والذى يبلغ حوالى ٤٧٨ مليون جنيه .. اى أن نسبة العلاج الخـاص الى الانفاق الكلى حوالى ٦٠ ٪**

□□ **يظهر التفاوت فى تكلفة السرير فى المستشفيات الاستثمارية حيث يتراوح مابين ٤٩٠٠ جنيه الى ١٣٠ الف جنيـه كمـا يتضح من الجدول .**

□□ **يبلغ عدد المستشفيات والمستوصفات** في مصر وقت اعداد دراسة الاهرام الاقتصادى وحسب البيانات المنشورة ٧١٥ منها ٢٦٥ مستشفى خاص . ٤٥٠ مستوصفا (طبعا هذا هو الذى يحمل ترخيصا) في القاهرة وحدها ٧٢ مستشفى خاص و ٢١٥ مستوصفا ، يليها الجيزة (٣٥ مستشفى + ٥٣ مستوصفا) ثم الاسكندرية ٢٧ مستشفى خاص و٥١ مستوصفا .. وفي الدقهلية عدد كبير من المستشفيات الخاصة (٦٤ مستشفى) بينما تتمتع الغربية بعدد ضخم من المستوصفات ٢٦ مستوصفا ز

□□ **في مصر ١٢٤٥٥ عيادة خاصة** .. جنوب سينا ، لايوجد بها عيادة واحدة خاصة وفي القاهرة ٥٣٠٠ عيادة خاصة يليها الاسكندرية ٢٠٠٠ عيادة خاصة ثم الجيزة الف عيادة خاصة ، الدقهلية من اكثر محافظات الوجه القبلي والبحري وبها ٤٦٩ عيادة خاصة يليها الشرقية والبحيرة في كل منهما ٤٠٠ عيادة خاصة .

□□ **اجمالى الاسرة في مصر حوالى ٨٩ الف سرير ، أى بمعدل سرير واحد لكل ٥٠٠ من السكان . اسرة وزارة الصحة تمثل ٦٤,٨ ٪ من مجمع الاسرة يليها الجامعات ١٣,٤ ٪ ثم القطاع الخاص ٧,٢ ٪**

□□ **اسعار الاقامة في جناح بالمؤسسة العلاجية** مابين ٣٠ الى ٦٠ جنيها في مصر الدولى ١١٠ جنيها . في المقاولون مابين ١٠٥ الى ١٧٥ جنيها ، في مستشفى السلام بالمهندسين ٧٥ جنيها ، اما الحجرة الخاصة الممتازة فهى تكلف المريض ١٦ جنيها في المؤسسة العلاجية ، مابين ٥٥ الى ٦٥ جنيها في مصر الدولى ٥٣٠° جنيها في المقاولون العرب ، مابين ٣٠ الى ٤٠ في مستشفى السلام بالمهندسين ز اما الغرفة المشتركة فهى ٨ جنيهات المؤسسة العلاجية ، ٣٠ جنيها في مصر الدولى ، ٣٥٠ جنيها في المقاولون ، ١٨٠ جنيها في السلام بالمهندسين .

المنشاة	رأس المال (الف جنيه)	التكلفة الاستثمارية (الف جنيه)	التجهيزات (الف جنيه)	عدد الاسرة	متوسط تكلفة والسرير (الف جنيه)
١ ـ مستشفى مصر الدولى	٣,٠٠	٥,٥٠٠	١,٦٥٠	٧٥٥ غرفة	١٣٠
٢ ـ مستشفى القاهرة التخصصى	١,٥٠٠	٤,٥٠٠	١٠٠	١٠٠ سوبر	٤٥
٣ ـ مستشفى السلام الدولى	٢٠,٣٠٠	٢٤,٥٠٠	٨,٠٠٠	٣٣٦ سوبر	٧٣
٤ ـ مستشفى السلام بالعجوزة	١,٠٢٥	٢,٠٠٠	٢١٠	١٠٠ سوبر	٢٠
٥ ـ مستشفى المقاولون العرب	٧,٠٠٠	٧,٠٠٠	١,٩٥٠	٢٥٠ سوبر	١٠٠,٤
٦ ـ مستشفى دكتور ضياء سيف الدين	٣٥١	٧٠١	٢٢٠		
٧ ـ مستشفى دكتور عزيز فام	٥٧٥,٥	٥٧٥,٥	١٢٠		
٨ ـ مستشفى دكتور شاكر	١٥٠٠	٢,٠٧٥	٧٩٦	٤٩ سوبر	٤٢,٣
٩ ـ مستشفى دكتور احمد رفعت	٢٩١	٣١٦	١٣٤	٤٩	٦,٤٨٨
١٠ ـ مستشفى دكتور بدران	١٠٠٠	١٠٠٠	٣٠٠	٦٠	١٦,٦
١١ ـ مستشفى الهلال الابيض	٢٣٥	٣٩٠	١٠٠	٨٠	٩,٩
١٢ ـ مركز القاهرة للاشعة	٩٢٠	١٧٨٢,٥	١١٣٧,٥		
١٣ ـ مركز الفحص الطبقي المحورى للمخ	٤٠٨	٤٥٠	١٩٨		
١٤ ـ معهد القاهرة للاشعة	١٥٧	٥٧٨	٥٤٥		

بعض الحقائق عن العلاج بالخارج

اتبعت الدولة منذ منتصف السبعينات مبدأ اتاحة الفرصة للمواطنين بالخارج وفيما يلي بيان باعداد المسافرين الى الخارج للعلاج خلال ٨ سنوات

□□ **وفي تقرير مجلس الشورى احصائية عن العلاج على نفقة الدولة وهو مايشمل العلاج بالخارج والداخل :** ـ

	عدد	نفقات	متوسط نفقات الفرد
علاج بالداخل باجر	٤٩٥٨	١٢,٢٢٦,٤٤٢	١٤٦٧ جنيها
علاج خارج الجمهورية	٢٨٧	١,٢٢٦,٥٠٠	٤٢٧٣ جنيها

□□ وتشير عبارات **تقرير مجلس الشورى** الى حقيقة هامة : ـ

فالدولة تخصص للفرد فى موازنتها العامة اقل **قليلا من ثمانية جنيهات** بينما تنفق **على عدد من المواطنين يقلـون عـن خمسة آلاف مايزيد على ١٢ مليون جنيه بمتوسطحوالى** ٢٥٠٠ **جنيه** للفرد ، كما تنفق على عدد **أقل من ثلاثمائة فرد** مايقرب من **مليون وربع جنيه** بالنقد الحر بمتوسط **يزيد عن اربعة آلاف جنيه للمريض** .

وتقتضى العدالة اعادة النظر فى هذا الوضع » ولكن احدا لايستطيع ان يكتفى فى النظر الى هذا الموضوع بمثل هـذه الـرؤية السريعة .

أعداد المسافرين الى الخارج للعلاج ١٩٧٤ ـ ١٩٨٢

السنة	المسافرون للخارج للعلاج على نفقتهم الخاصة	على نفقة الدولة	المجموع
١٩٧٤	٨	٢٤٠	٢٤٨
١٩٧٥	٣١	٤٢٤	٤٥٤
١٩٧٦	٢٠	٣٩٠	٤١٠
١٩٧٧	١٢	٢٦٥	٢٧٧
١٩٧٨	٨	٢٩٣	٢٧١
١٩٧٩	٧	٣١٠	٣١٧
١٩٨٠	٩	٢٧٧	٣٨٦
١٩٨١	١٢	٤١١	٤٢٣
١٩٨٢	١٣	٣٤٤	٣٥٧

ملحوظة سنة ١٩٨١ هى بداية عمل المستشفيات الاستثمارية
المصدر : الاهرام الاقتصادى ، اغسطس ١٩٨٥ .

● **آثرت أن أضع أمام القارىء بعض الحقائق عن العلاج بالخارج فى نفس الاطار الذى يضم الحقـائق الخـاصة بـالعلاج فى المستشفيات الاستثمارية ، وليس من شك ان ظاهرة العلاج فى الخارج تحتاج دراسة متأنية من النواحى الفنيـة والاجتمـاعية والاقتصادية ربما أكون قادرا فى المستقبل على القيام بها ، ولهذا فانى آمل أن تلقى المعلـومات المنتقـاة بعض الضـوء على القضية .**

الباب الثالث : الأطباء .

[١٧] هل الأطباء طبقة رفيعة ؟

لا يزال الناس يتناقلون أن مهنة الطب تعود على صاحبها بالسعادة ، ويلخصون مظاهر هذه السعادة فى خمسة مظاهر تبدأ كلها بحرف العين : العروسة ، والعيادة ، والعمارة ، والعزبة ، والعربة (أى السيارة) .

ومع أن الزمن قد تغير ، وأصبحت العيادة عبئا يستلزم مثلا بيع عزبة الأب أو عمارته ، وأصبحت السيارة شيئا من ضرورات الحياة لا من كمالياتها كما تعتقد بعض الحكومات التى تجد اللذة والحل فى رفع سعر الوقود حينا بعد حين ، ومع أن العمارة والعزبة ــ وكلاهما من ذوات العائد الثابت ــ أصبحتا من أسوأ صور الاستثمارات فيما يتعلق بالعائد من وراء اقتنائهما .. على الرغم من ذلك بقيت العيون الخمسة محط أنظار أصحاب المهنة السامية .

فيما قبل الثورة وفيما بعدها كذلك كان عدد الأطباء قليلا جدا ، وكانوا لهذا السبب يحتلون مكانة رفيعة فى المحيط الاجتماعى ، ولكن الثورة نفسها هى التى فتحت الباب لأبناء الشعب الى التعليم الجامعى فى مختلف كلياته ومنها الطب ، وبدأت أعداد الأطباء فى التزايد ، ولكنه كان من نوع التزايد الذى يذوب فى بحر الحاجة الملحة والمتصلة اليه .. والمنحنى يرتفع حتى يقارب نقطة التشبع ثم يتعداها ، ومع هذا تبقى مشكلة الطبقية الطبية .

هل يؤمن الطبيب فى مجتمعنا أنه بممارسته لمهنة هذه يرتفع عن الناس فى سلم الانسانية درجة أو بضع درجات ؟

هل يعتقد الطبيب أنه ينبغى للبشر أن يعاملوه معاملة تختلف عن معاملتهم بعضهم لبعض ؟

هل يظن الطبيب أنه ينبغى لنجاحه فى مهنته وفى أدائه لوظيفته فى المجتمع ، أن تكون له مكانة فى كيان المجتمع ترتفع عن المكانة التى هى له كفرد أو كانسان ؟

هذه هى الأسئلة التى تحتاج الى تفكير ومصارحة ، قبل أن تكون فى حاجة الى تقرير ومكاشفة) !

وبادىء ذى بدء ينبغى لنا أن نجيب عن عدد من الأسئلة :

١ ــ **هل يمكن الفصل بين المكانتين المادية ، والمعنوية فى صيانة المكانة الاجتماعية للفرد فى المجتمع** ؟ أى هل يمكن أن يحتل رجل فقير بسيط مكانة اجتماعية محترمة حتى لو لم يكن له من المستوى المادى ذلك القدر الذى يتوفر لمن يحتلون المكانة الاجتماعية المحترمة فى المجتمع .. بعبارات تطبيقية : هل ينظر مجتمعنا الى رجلين أوتيا من العلم قدرا متقاربا ، نظرة واحدة ، إذا ما اختلف مستواهما المادى ، وبخاصة الظاهر ؟

إذا نجحنا فى أن نصل بالمجتمع الى الحد الذى يكون فيه تقديره لاشخاصه بعيدا عن عنصر المظهرية المادية ، فسوف نسعد ونحن نتأمل الاجابة على هذا السؤال ، وإذا لم يكن هذا شأننا فمن **الواضح أن قسوة المجتمع على نفسه سوف تنتقل لتفسد العلاقة ذات الأطراف الأربعة بين الطبيب والطب والمريض والمرض** !

٢ ــ **هل يمكن أن يتقبل أفراد طائفة ما التنازل عن موروثات تحمل بعض الميزات لطائفتهم من دون أن يجبرهم النظام العام على هذا التنازل ؟**

● **نشر هذا الفصل كمقال فى مجلة « الروتارى » للمنطقة ٢٤٥ ، ونشر الفصل التالى (الفصل الثامن عشر) فى مجلة « الأطباء » التى تصدرها النقابة العامة للأطباء فى مطلع ١٩٨٧ تحت عنوان : نظامنا الطبى إلى أين » .**

ربما كان هذا السؤال واردا حين كانت الحياة تسير بايقاع أبطأ ، أما اليوم فإن الحياة تضطر الناس جميعا الى هذا التنازل ! ومع ذلك تبقى المشكلة فى المجتمعات التى لم يتسارع فيها ايقاع الحياة بعد ، كالريف والمناطق النائية .. هناك تجد الأطباء لا يزالون يحتفظون بشىء من أبهة الماضى فى تحركاتهم ... وفى اقامتهم كذلك ؟

٣ ــ **هل تستطيع الدولة أن تتنبه الى مسئوليتها عن توفير حياة هانئة لعدد من الناس** (ليسوا هم الأطباء فحسب ، وليس كل الأطباء منهم) يقتضى حرصها على هناءة الشعب كله أن يكونوا هم فى البداية فى راحة من البال .

وقد تمتد مظلة هذه المسئولية الى طوائف كثار من الموظفين العموميين ، وهذا صحيح ، وقد يكون مقياسا جيدا على نجاح الدولة فى اقامة كيان بيروقراطى سليم وفعال ، ولكن الذى لا شك فيه أن دولة تعجز عن اراحة بال العدد القليل من أطبائها القائمين بالخدمة العامة المباشرة ليل نهار (ولنقرأ مقال .. نظامنا الطبى .. إلى أين) ، هى دولة قد تجاوزت حدود المعقول فى فشلها عن اثبات مقدرتها على خدمة جمهورها ، وهو الحال الذى لم نصل اليه بحمد الله بعد !

٤ ــ **هل يتقبل المجتمع الخدمة الطبية إذا أتته فى بساطة بذات القدر الذى يتقبلها به إذا جاءته فى كهنوت** ؟ وبعبارة أخرى هل يكون المريض سعيدا بالطبيب المتواضع الذى يأتيه من فوره ، وبقروش زهيدة ، ويصف له الدواء رخيص الثمن ، ويسأل عنه فى اليوم التالى ، ويتطوع باعطائه الحقنة ، ولا يجد حرجا فى أن يتولى بنفسه قياس الضغط والحرارة الخ ..

هل يكون المريض سعيدا بهذا الطبيب بذلك القدر الذى يسعد به حين يتولى علاج نفس الحالة طبيب فيه من الغطرسة أكثر مما فيه من الطبية ، أو على الأقل فيه من الاعتزاز بالنفس أو اظهار الانشغال بأمور كثيرة (حتى ولو لم تكن طبية ولا عاجلة) ، لا يأتى إلا بعد الحاح ووساطة ومال كثير ، وإذا أوصى بأدوية كانت مرتفعة الثمن ، وهو لا يسأل عن مريضه أبدا ، ولا يكلف نفسه اعطاء محلول ولا حقنة ، وله مساعد يربط جهاز الضغط ، ويقيس بالترمومتر درجة الحرارة ، ويحمل عن طبيبه الحقيبة ويركب معه فى المقعد الخلفى من السيارة .

هذا مثل بسيط ولكنه يتكرر فى حياتنا بصورة أخرى : ليس من أندرها صورة الرجل المثقف الذى يعرف أن (البروباجندا) فاسدة مفسدة ، ومع هذا يصمم على أن يعالج نفسه عند الطبيب ذى (البروباجندا) عن أن يعالج عند الطبيب المشهود له بالعلم والتورع عن هذه البروباجندا الكاذبة .. وليس من أندرها أن تحفى قدم أب (يعمل فى التجارة ويطمح الى مكانة فى عالم السياسة والمجتمع) وراء وزير الصحة ليكون هو الذى يجرى " عملية لابنته حتى إذا جلس بين الناس اظهر امتعاضا من المرض ، وروى لهم أن الوزير لم يقبل أجرا على عملية الزائدة التى فاجأت ابنته المسكينة ! !

[١٨] الأطباء فى نظامنا الطبى .. الى اين ؟؟

تعتمد بعض النظم الادارية حتى تلك التى تتعلق بالنظم الادارية لدولة بأكملها على **كفاءة النظام بغض النظر عن كفاءة الاشخاص الذين فيه** ، وتصوغ هذه النظم قواعد عملها بحيث يمكن لها ان تتغلب بفضل مافيها من مرونة وفاعلية على القصور الذى يكون فى قدرات الاشخاص او مقدرتهم على مواجهة الجزئيات الصغيرة .

هل أصبح نظامنا الطبى فى مصر المعاصرة واحدا من هذه النظم ؟

ام هل اصبح نظامنا الطبى ابعد مايكون عن هذه النظم ؟ فى الحقيقة ان الاجابة بالنفى هى اصدق الاجابات على كلا السؤالين ، ولكن هل ينفى هذا عن نظامنا الطبى انه نظام ؟ فى الغالب ان الاجابة مرة ثالثة بلا قد تكون هى الاجابة المثلى !!

ولاشك اننا صغنا نظاما طبيا فى الستينات كان ناجحا جدا بمقياس النجاح وقتها ، ومن الظلم الشديد لانفسنا ان نحكم على هذا النظام بالفشل اليوم لانه لم يعد قادرا على اثبات نجاحه وسط تقدمات هائلة فى العالم كله وجدت طريقها الى الوجود فى داخل وطننا بارادتنا سواء كانت حرة ام عاقلة ام طموحة ام مدفوعة الى مسايرة التطورات الحديثة فى العالم الذى لايتسم بشىء قدر مايتسم بالتطور السريع .

من الصعب اذن ان نناقش نظامنا الطبى اليوم من دون ان نثبت لانفسنا اننا نجحنا فى الستينات فى اقامة صرح طبى ممتاز بمقاييس ذلك العصر ، ونحن لانريد بهذا ان نرضى انفسنا ولا ان نرضى الستينات بقدر مانفيد من هذا فى محاور ثلاثة : –

المحور الاول : هو الاستفادة من الفعاليات التى ساعدت على قيام هذا النظام .

المحور الثانى : هو الاستفادة من الفعاليات التى ساعد هذا النظام على قيامها .

المحور الثالث : هو الاستفادة من الخبرة التى نشات عندنا بعد هذا النظام فى مكافحة المرض كواحدمن الثالوث الذى جعلنا هدفنا محاربته قبل الثورة وبعدها .

وقد يكون من الاهمية بمكان ان نناقش هذه المحاور فى ضوء العناصر الاساسية للخدمات الطبية متمثلة فى المستشفيات ووسائل العلاج والافراد القائمين عليه .

وبقدر ماتلعب العوامل الاقتصادية دورا هاما فى التاثير على ميزانيات المبانى والتجهيزات والمصروفات الجارية فى مجالى العلاج والدواء فان العوامل الاجتماعية هى صاحبة الكلمة الاولى فى بناء الافراد العاملين فى الطب .

ومن العجيب ان هذه العوامل مع تعقيدها واحتمال تناقض مكوناتها قد حفظت للنظام الطبى المصرى فى السبعينات وحتى الان كثيرا من ماء الوجه .

وعلى سبيل المثال فان **العائد المادى** من مهنة الطب بالنسبة للخريجين الشبان لايبلغ ولمدة ١٥ عاما عشر العائد المادى لاقرانهم الذين تتاح لهم فرصة العمل فى شركات الانفتاح سواء كانوا مهندسين اومحاسبين .. الخ ، وحتى فى المستشفيات الاستثمارية التى تمثل النمط الانفتاحى فى الطب والخدمات الطبية فان الاطباء يبقون بحكم قوانين جامدة فى وزارة الصحة وفى دراساتهم العليا فى قاع المرتبات حتى تحت مهنة التمريض والمهن المساعدة للاطباء على الرغم من ان الجهد الذى يبذله الاطباء فى المتوسط اعلى بكثير من الجهد الذى يبذله اقرانهم ، وعلى الرغم من انها **مسئولية انسانية عظيمة تقع على عاتق طبقة النواب** الشبان قد لايكون هناك مايماثلها من مسئوليات فى الطوائف الاخرى .

وعلى الرغم من هذا العائد المادى الضئيل جدا فلم **يتراجع الاقبال على كلية الطب عند المنبع** ، اى عند مكتب تنسيق قبول الطلبة بالجامعات ، وبقيت الطب فى القمة كما كانت منذ احتلت مكانة الهندسة والفنية العسكرية فى نهاية الستينات فى القسم العلمى ، او ظلت على قمة شعبة العلوم بعد نظام الشعبتين الذى تم تطبيقه فى عام ١٩٧٧ .

هذه النقطة بالذات تعطينا املا كبيرا فى ان **جزءا كبيرا من مكونات الانفعالات والتفاعلات فى مجتمعنا لايزال مرتبطا بعوامل اجتماعية تتغلب على العوامل الاقتصادية** التى يظن البعض ان بامكانهم تأسيس الصورة الجديدة للمجتمع على اساسها فحسب !

هل نعود من هذه النقطة الى مقدمة هذا المقال لنتأمل الحال الذى وصل اليه نظامنا الطبى اليوم بحكم المؤثرات الاجتماعية .

ولنتأمل طبقة **النواب فى مستشفى جامعى وهم فى اعلى مكانة بين الخريجين ، وهى طبقة لاتبلغ فى انحاء الجمهورية كلها فى العام الواحد اكثر من ثلاثمائة طبيب ، هؤلاء مطالبون بان يعيشوا ليل نهار فى مستشفياتهم . وان يتولوا العلاج فى الاقسام الداخلية ، والمساعدة فى العيادات الخارجية والعمليات الجراحية او التشخيصية وتسيير العمل بالاقسام ليلا حين لايكون هناك غيرهم هم وبعض اطباء الامتياز .. باختصار هؤلاء هم الجنود المرابطون وان لم يكونوا الجنود المجهولين لان كل الناس تعرف لهم فضلهم . وهم بعد هذا كله يتقاضون مرتبا فى حدود الستين جنيها ومهما ارتفع فانه لايبلغ مائة جنيه شهريا عليهم ان يدبروا منه نفقات معيشتهم** (ومع ذلك فبعضهم يتزوج ويكون مسئولا عن فتح بيت واغلاق افواه) **ونفقات دراستهم للماجستير وبحثهم العلمى ! فى الرسالة التى عليهم ان يتقدموا بها قبل ان يكونوا مؤهلين لامتحان الماجستير ، ونفقات التعلم الطبى المستمر فى شراء المراجع والكتب التى من دونها يصبحون اقل مستوى من الطلبة الذين لايزال عندهم الوقت ليسمعوا الاساتذة على مهل !!**

ومع هذا كله فانك تجد معظم هذه الطبقة فى حالة من الانتعاش الممتاز على الرغم من انهم لايمارسون اى عمل اضافى بحكم انشغال وقتهم كلية فى اعمال المستشفى .

ومن السهل ارجاع ذلك الى مساعدة الاهلين لهؤلاء ، وهم فى الاغلب من ابناء الاساتذة ، اومن النوابغ الذين استطاعوا بفضل بيوت ممتازة من قبل ان يواصلوا التفوق حتى النهاية (على الرغم من ان هذا التفوق ليس هو التفوق الحقيقى وانما هو

تفوق تحصيلى يعتمد على المثابرة ومغالبة النفس بشرها وبخيرها كذلك) ولهذا فان النظام **الطبى المصرى لايتحمل نفقات** جنوده المرابطين ابدا وانما يتحملها له بعض الاهالى فى مقابل سعادتهم بالمركز الاجتماعى المأمول ، او بصرف النظر عن امكانية تحقق هذا الامل من عدمه ، فان شراء الامل فى حد ذاته امر مشروع .

ولكن هل يدفع نظامنا الطبى اليوم ثمن تخليه عن قيامه بواجبه نحو جنوده المرابطين على الرغم من ان هذا الواحد يحد من يقوم به ؟؟

هذا هو السؤال الذى ينبغى لنا ان نتعمقه اذا اردنا الاصلاح !!

وهانحن **نعود الى فعاليات النظام الطبى فى الستينات : فى المحور الاول نجد قدرة الدولة على مجازاة موظفيها تساعدها على اجتذاب افضل العناصر لوظائفها بينما هى اليوم فى كثير من وظائفها غير قادرة على هذا الا ان تاتى افضل العناصر من تلقاء نفسها لانها تعتقد (حقا او باطلا) ان فى هذه الوظائف المستقبل المنشود .**

وفى المحور الثانى لنجد طائفة من العباقرة من ابناء الطبقات التى لن تتاح لها فرص متكررة فى كل مرحلة من مراحل التعليم فى ظل تاثير الاقتصاديات علىالتعليم (وليس على التعليم فحسب) وقد ذهبت هذه العبقريات المنتظرة من دون ارادتها ومن دون انتباه المجتمع بعيدا عن مواقع تحتاجها سواء كان هذا بارادتها او رغم ارادتها .

وسوف نجد انفسنا بعد ذلك امام خبرة تتضاءل فى ارتباط المجتمع بالطب رغم ماقد يقوم به الاعلام فى هذا المجال من جهد يتضاعف اثره مع الانتشار الواسع الذى لقيه الاعلام فى السنوات الاخيرة على كل المستويات .

ويكفى تلك الكلمة التى يقولها مواطن مقهور فى الشارع المصرى ان دخول مستشفى (..) الجامعى يحتاج الى واسطة !! مع ان الامر عكس ذلك تماما او فى الغالب على اقل تقدير .

[١٩] تنمية القوى البشرية فى المنشآت الصحية

على الرغم مما توافر لبلادنا فى الفترة الأخيرة من منشآت صحية ، **فإن جوهر الخدمة الطبية لم يتحسن بذات القدر الذى كان متوقعا مع الطفرة الشديدة التى أصابت المبانى والتجهيزات التى ضمتها هذه المبانى** ، بل على العكس من ذلك **فإن الناتج النهائى أصابه قدر كبير من التدهور .**

ولا يمكن تفسير ذلك على أى وجه من الوجوه إلا أن يكون هذا الوجه هو التدهور الذى أصاب العنصر البشرى فى العملية الصحية ، والعنصر البشرى تعبير عام ومحدد فى آن واحد ، يراد به عناصر الخدمة الطبية بدءا من الأطباء ومرورا بالممرضات والفنيين وموظفى الادارة الطبية فى جميع نواحيها حتى أقسام الحسابات وشئون العاملين .

ولكن هل حقيقة أصيب هذا العنصر بنكسات ملحوظة وحقيقية فى ذات الوقت الذى أصبنا فيه التجديد والتطوير والتزويد بالأجهزة الحديثة والمستحدثة فى شتى فروع الطب .

سؤال تسهل إجابته بالايجاب ، وتصعب اجابته بالنفى ، ولكن فيما بين ذلك تتضح كثير من الأمور التى ترتبط بفهمنا لطبيعة التدهور وأسبابه .

على أن أول الملاحظات التى ينبغى لنا أن نتوقف عندها لا لننفيها ولا لنثبتها ولكن لنذكر أنفسنا بها ، **هى أن التدهور الذى أصاب العنصر البشرى فى خدماتنا الصحية ، لم يكن إلا انعكاسا للتدهور الذى أصاب العنصر البشرى عندنا على وجه العموم** ، ولهذا فإن الانسان الذى يعانى من تدهور الخدمة الطبية المقدمة له لا يرفع صوته بالشكوى والتذمر من مقدم الخدمة مباشرة ، لأنه هو نفسه قد أصابه التدهور أيضا فى أدائه لما يكلف به من واجبات تجاه المجتمع ، وإنما هو يلقى باللوم على أزمة المرور إذا تأخر حضور الدكتور عن موعده فى عيادته الخاصة ، ويلقى باللوم على قوانين الاستيراد إذا لم يجد الدواء الذى وصفه له الطبيب الذى أصبح عاجزا عن متابعة النتائج المترتبة على التبديل والتغيير فى قوائم الترشيد !!.. إلخ .

ومع هذا فإن **تدهور العنصر البشرى فى بلادنا على وجه العموم ليس مبررا على الاطلاق لتــدهور العنصر البشرى فى الخدمات الطبية** ، وكذلك فإنه من المحال أن يتوقف نهائيا تدهور العنصر البشرى فى الخدمات الطبية ما دام هناك تدهور عام فى الاداء البشرى على المستوى القومى ..

وغاية ما ينبغى لنا أن نرسم استراتيجيتنا عليه هو أن نقلل ما أمكننا من هذا التأثير الممتد الذى يكون لظروف المجتمــع على ظروف المستشفى ، أليس المستشفى مكانا منعزلا حتى تتاح من خلال عزلته رعاية خاصة ؟؟ **هذا هو الجوهر الذى يســتحق** الاخذ به عند البدء فى رسم سياسة تنمية القوى البشرية فى مجال الصحة .

أما أهم المقومات التى ينبغى أن تستند إليها استراتيجية اداء هذه الخدمات فإنه يمكن تلخيصها فى النقاط الآتية :

(١) الحرص على تفريغ أماكن الرعاية السريعة (وهى المستشفيات وتوابعها) من تخمة التكدس البشرى المتسم بالبطالة المقنعة ، وهو الأمر الذى يمثل أكبر عائق فى طريق تحمل التبعات والاخلاص لهذه التبعات ، فالتبعات الجسام عادة ما تكتفى بعدد محدد قادر عليه ومؤهل له ومقتنع به وليس أدعى إلى إفساد العلاقة بين المسئولية والمسئول من كثرة التنابلة الذين يحيطون بشعلة النشاط ، ثم نجاتهم من اللوم بينما هم يقفون على قدم المساواة عند كل ثواب أو مكافأة .. أو حتــى فى الــراتب الثابت ..

وليس معنى هذا أننا نريد أن تخرج المستشفيات من دائرة المؤسسات التى تتحمل تكدس الأعداد وتوفير فرص العمالة (أو البطالة) الصورية ، فذلك أمر لا تحتمله حتى اليوم سياستنا القائمة على احترام المكاسب العامة مهما صغر شــأنها ، ولــكن المعنى المقصود هو الحرص على الاجهاز على الوظائف التكرارية فى المستشفيات ، وبحيث تكون هناك مهام محــددة أمــام كل عنصر بشرى حتى ولو كانت هذه المهام هى مجرد الجلوس إلى المرضى والاستماع إلى شــكاواهم الاجتمــاعية والاقتصــادية وتسجيلها فى سجلات !!

وليس من السهل خلق مثل هذه الأعمال ، ولكن الحاجة الملحة إلى تسخير طاقة البشر من أجل العمل البناء ينبغى أن تــوظف جهدها فى القضاء على فرص البقاء بلا عمل ذى عائد إلا إهدار نظرة الآخرين إلى قيمة ما يبذلون من طاقة .

ومع ما قد يبدو فى هذا الكلام من هامشية أو خيالية أو نظرية شديدة فهو أصدق نقاط البحث فى تنمية القوى البشرية العاملة فى مجال الصحة على جميع مستوياتها ، وليس هذا الزعم بحاجة إلى كثير من الاثبات ، فكل الذين عملوا — بالفعل — فى هذا المجال يدركون مدى صدق هذه الفكرة .

(٢) مراعاة مدى عمق واتساع الخبرة اللازمة قبل استصدار القرار أو العمل على مواجهة الظرف الطارىء أو القائم .. ويصدق هذا على طائفة الأطباء بصفة خاصة . فمن الشائع اليوم أن تجد فى أقسام الاستقبال والحوادث والاصابات أقل الأطباء سنا وخبرة فى المستشفى بينما تكون الحوادث قد أصابت من الانسان أكثر من جهاز ، ويحول المريض إلى قسم من هذه الأقسام ثم يستدعى لها الأطباء المتخصصون الآخرون بإشارات .. وهى عملية روتينية تقتضى كتابة عبارات تقليــدية والــرد عليهــا بمثلها .. إلخ) فى حين أن ورش ميكانيكا السيارات المحترمة تحرص على أن يتداول الأمر أكثر من صبى أو أكثر من أسطى قبل البت فى المشكلة ، ونحن لا زلنا نصمم على إمكانية أن يقوم **طبيب (ناشىء) واحد بمثل هذه المهمة ، ومع أن هذا قد يــكون ممكنا فى بعض الحالات البسيطة ومع بعض الأطباء الذين اوتوا قدرا معقولا من العلم والحــكمة إلا أنــه ليس هــو القاعدة** .

ونحن نعترف بهذا فى اللجان الطبية العليا (القومسيونات) التى نحشد لها عددا من الفطاحل ، بينمــا فى المســتشفيات نكتفى برؤية واحدة ، ونظرة واحد ! !

وقد آن الأوان لنطوع نظامنا فى استقبال الحوادث والعيادات الخارجية للأمراض الباطنة بالذات لكثير من التطوير الذى يكفل استغلال الطاقات البشرية المهدرة من أجل البشر انفسهم كذلك .

(٣) إتاحة الفرصة لتبادل الخبرة بين المؤسسات بعضها وبعض ومن العجيب أن كثيرا من الأطباء لا يعرفون شيئا ما عن مستشفى ما إلا إذا ذهب الواحد بالصدفة لزيارة قريب له فى هذا المستشفى عندئذ تسمع التعليقات والانطباعات التى كان ينبغى أن تصدر منذ سنوات ، على الرغم من أن تنظيم المستشفيات من الأمور التى لا تفهــم إلا بمشــاهدة المســتشفى نفســه على الطبيعة ، وعند ذاك تتبلور فى فكر المشاهد رؤى هامة تتعلق بالتطوير الذى يستطيعه فى مستشفاه أو قسمه ، أقصد ذلك التطوير الذى لا يكلف شيئا ، ويوفر الكثير كنقل جهاز من أجهزة رسم القلب الى العيادة الخارجية بدلا من تحويل المــريض الى القســم وانتظار النتيجة بعد اسبوع .. الخ) ، وبلا مبالغة فانى استطيع ان أقول إن هناك حوالى مائة فكرة من هذا النوع مبعثرة بيــن مستشفياتنا المختلفة ، وسوف ينهض تعميم تنفيذها بكثير من نواحى القصور فى نظامنا العلاجى ، اذا ما اتحنا الفرصة للعامل البشرى لملاحقته التطورات فى النظم العلاجية حتى وان كان هذا الأمر يستدعى تفرغا فى بعض الأيام كل عــام . واعتبــرنا ذلك جزءا لا يقل اهمية عن الشهادات التى نعطى لها التفرغ بالسنوات .

(٤) تحطيم كل الحواجز القائمة دون تطبيق سياسة الأجر المجزى .. وهنا ينبغى لنا أن نقف وقفة هامة فأجور الأطباء مهما بلغت ليست هى أعلى الأجور المهنية (وقد يكون تفصيل هذا فى موضوع آخر) وأجور الممرضات والفنيين مهما سمعنا لها من أرقام خيالية ليست هى أعلى الأجور بين طوائف الفنيين .. ومع هذا فإن معظم الأطباء يودون لو اقتصر عملهم على مستشفى واحد يركزون فيه جهودهم وخبرتهم وحياتهم ليل نهار بدلا من التقاط الرزق من عشرة مواضع ، هذه حقيقة هامة ينبغى لنا أن نفهمها .. وإذا جاز نظريا أن نعيد ترتيب اوراق ممارسة الطب بحيث يخرج الطبيب الذى يبذل عشرة ساعات يوميا فى مكان واحد بدخل مقارب للدخل الذى يحصل عليه إذا ما عمل ساعة واحدة يوميا فى (٥) خمسة اماكن متفرقة او نصف ساعة فى عشرة اماكن متباعدة فسوف نجد الاقبال من الأطباء أنفسهم على تركيز جهدهم ، فاذا جاز هذا نظريا فمن المحتم علينا ان نوجه كل طاقاتنا نحو تحويل نظامنا الطبى الى هذه الوجهة .

ولما كان الرأى العام قد بات اليوم مقتنعا بأهمية التأميم فى بعض القطاعات الكبرى ، وهو ذاته الرأى العام الذى أصبح متشبعا من الاقتناع بمدى العبث الذى يصيب حياته وصحته نتيجة نظامنا الطبى الممزق فانه من الممكن جدا أن يتقبل هذا الرأى العام فكرة قد تكون قريبة من فكرة تأميم الطب تقوم على إتاحة التفرغ الكامل للأطباء فى الجامعات والمستشفيات التعليمية على الأقل مع إعادة توزيع هيئات الأطباء على هذه المستشفيات الكثيرة الواسعة المنبثة فى العاصمة ، وربطها جميعا بادارة مركزية قابضة ليست إلا على النحو الذى يلحظه السائر فى شوارع باريس من هذه العبارة التى تحملها سيارات الاسعاف والمستشفيات كلها هناك من أنها تابعة لمستشفيات جامعات باريس .

قد يكون من الصعب أن نفصل هذه الفكرة هنا لأنه ليس مقامها ولكن المؤكد أنها سبيل لتحقيق الطريقة المثلى نحو استنفاذ الجهد الضائع لاناس لا يمانعون فى أن يتفرغوا وحتى سن السبعين فى مقابل دخل معقول قد يكون أقل من دخول يحصلون عليها اليوم ولكنه يخلو من ارتباط المتاعب العديدة والقلق الزائد والاضطرار الى اللجوء الى بعض الاخلاقيات الأخرى ! !

(٥) إعادة النظر فى أمر ممارسة المهنة ، والحرص على إعادة النظر فى الجداول كل خمس سنوات طبقا لامتحانات ممارسة أو حتى على الأقل لحضور برامج تعليم طبى منتظمة ومبرمجة ، وينطبق هذا الكلام على الفئات المعاونة للأطباء بقدر ما ينطبق على الأطباء أنفسهم ، ويواكب هذا الحرص على اتخاذ اجراءات حازمة ضد أية حالات تنشأ من ابتعاد بين عن اخلاقيات ممارسة المهنة بما يكفل للمهنة قداستها واحترامها بين الناس ، وبخاصة إذا ما وقع الخطأ ممن يفترض فيه أنه قدوة !

(٦) التشجيع المستمر للمثل العليا فى صورة تكريم معنوى ومادى ما أمكن بحيث يشعر الطبيب (أو الممرضة) بالفخر لأنه كان الطبيب المثالى منذ عامين ، أو لأنه حطم الرقم القياسى فى عدد ساعات العمل التطوعية .. ، أو لأنه ألف مرجعا هاما .. أو نشر عددا من البحوث الهامة .. الخ) مثل هذا السلوك هو الكفيل بالقضاء التام على الأثر الخطير الذى يحدثه الاعلان الضمنى فى وسائل الاعلام ، والذى ينصرف معه تفكير الناس الى ألمعية مهنيين ليسوا هم القمة على أية حال ، ولكنهم أقدر الناس على ممارسة فن الدعاية فى مجتمع لا يعنى بإبراز المثل العليا بين ابنائه ، وهكذا يسدون هم الفراغ ! فإذا ما كان أمام الناس مثل عليا حقيقية فسوف يدرك الجمهور عندئذ أى وهم يريد هؤلاء « الدعائيون » أن يوقعوه فيه ، وإذا لم يهتم المجتمع الطبى بابراز هذه المثل فسوف يجد الجمهور الحائر فى بحثه عن المثل ضالته فى هذا السراب وليكن معلوما لنا أن هذا هو خير السبل لمعالجة كل الظواهر الشاذة التى شهدتها السنوات الأخيرة ، أما انتظار الفرج من وراء وضع تشريعات تمنع وتقيد وتحدد فسوف يزيد الطين بلة .

[٣٠] بعض الحقائق عن القوى البشرية العاملة فى الصحة :

ننقل هنا الحقائق التى أوردها المسح الاجتماعى الشامل للمجتمع المصرى (١٩٥٢ ، ١٩٨٠) :

□□ **ومن الواضح اذن أن المسألة لم تعد مرتبطة بالأعداد حتى فى هيئات التمريض التى شهدت تطورا واضحا فى اعدادها منذ عام** ١٩٨٠ وحتى الآن .

ولنقرأ مرة ثانية السطر الأخير من المسح الاجتماعى الذى يقول : وارتفع عدد أفراد هيئة التمريض خمسين مرة من ١٠٤٦ فى سنة ١٩٥٠ الى ٥١٨٣٥ فى سنة ١٩٨٠ .. ولاشك أن التضاعف يزيد اليوم عن خمسين ضعفا بكثير إنما تكمن المشكلة كما سنوضح فى مقال آخر فى مدى استخدام هذه القوى طيلة الوقت وعلى مدى الفترات المختلفة من أعمارها !!

□□ **يركز المقال على عدة وسائل هامة من أجل تحقيق مزيد من الفعالية في النظام الصحي بعيدا عن برامج التدريب المحدودة بالطبع** .. المحدودة في العدد لأنها لا تشمل إلا عددا قليلا من الأطباء .. والمحدودة في الزمن لأنها تقتصر على فترات معينة من حياتهم ريثما يتم تأهيلهم فحسب .

□□ **يلاحظ ان الادارة المختصة بتنمية القوى البشرية في وزارة الصحة مثلا تقتصر في عملها على مشروعات التدريب بالشهادات فحسب** !! ويحدثنا المسح الاجتماعى تحت عنوان التدريب عن انه خلال العشر سنوات الأخيرة زاد عدد منح الأطباء ٥ مرات من ٣٨٠ منحة سنة ١٩٧٠ الى ١٩٣٠ منحة سنة ١٩٨٠ .. وهى ملاحظة جديدة بالاهتمام الشديد لتأكيد ما سبق ان قلناه ..

□□ يبقى من الأهمية ان نتذكر ان تنمية القوى البشرية فى مجال الخدمات الصحية هى اكثر الوسائل فعالية لتحقيق التنمية والواضحة فى هذه الخدمات وبأقل التكاليف .. ولكنها مسألة وعى .

(أ) تطور خريجى الكليات والمعاهد :

ـ **كليات الطب** : **ارتفع معدل** التخرج من ٣٦٠ طبيبا فى السنة سنة ١٩٥٠ الى ٥٤٩٩ طبيبا سنة ٧٩ . أى أنه تضاعف ست عشرة مرة حيث كان عدد الكليات ثلاثا فى سنة ١٩٥٠ .

ـ **كليات طب الأسنان كان عدد** الخريجين تسعة فى سنة ١٩٥٠ كلية طب الأسنان الوحيدة فى ذلك الوقت بجامعة القاهرة فارتفع العدد الى خمس كليات فى سنة ١٩٨٠ تخرج منها ٧٥٢ طبيبا .

كليات الصيدلة كان عدد الخريجين سنة ١٩٥٠ سبعين صيدليا من كليتين ارتفع عددهم الى ١٤٠٠ صيدليا تخرجوا من ست كليات .

ـ **معاهد التمريض** : بلغ عدد خريجات المعهد العالى خمس خريجات فى سنة ١٩٥٦ (بدء تخرج دفعات من المعهد) وفى سنة ١٩٨٠ وصل عدد الخريجات الى ١٦٠ مشرفة تمريض من معهدين .

أما بالنسبة للمرضات فقد انشئت مدارس التمريض على نمط الثلاث سنوات اعتبارا من سنة ١٩٥٦ ، ثم تطورت الى مدارس ثانوية فنية فى سنة ١٩٧٣ ، وكان هذا بداية عهد ذهبى للهيئة التمريضية اذ افتتحت حوالى مائة مدرسة يتخرج منها اعداد تصل الى ثلاثة آلاف ممرضة سنويا .

ـ **المعاهد الفنية** : كان عدد خريجى المعهد فى سنة ١٩٥٢ هو ٣٨ فنيا فتضاعف هذا العدد حتى بلغ ١٢٠٣ فنيا فى سنة ١٩٧٩ ، وتقوم هذه المعاهد بتخريج فنى المعمل والأشعة وتركيب الأسنان والمعاونين الصحيين والتسجيل الطبى والاحصاء وصيانة الآلات الطبية كما يوجد بها شعبة فنية للتمريض بالقاهرة والاسكندرية من بين الستة معاهد الموجودة حاليا (١٩٨٠) .

(ب) تطور معدلات الخدمة للفئات الطبية :

ـ **الأطباء البشريون** : كان معدل الأطباء للسكان فى سنة ١٩٥٠ هو ٣٫٣٤ لكل عشرة آلاف نسمة اى طبيب لكل ٤,٢٦٥ نسمة حيث كان عدد الأطباء المسجلين ٤٧٩٧ طبيبا . وفى سنة ١٩٨٠ بلغ عدد الأطباء المسجلين بعد استبعاد اثر الوفاة والهجرة ٤٢٢٨٩ طبيبا أدى الى معدل ١٠,٤٩ طبيب لكل عشرة آلاف نسمة أى طبيب لكل ٩٧٢ مواطنا أى نصيب الفرد من الخدمة للأطباء قد تضاعف أربع مرات (٤,٤ مرة) كما كان عليه الوضع سنة ١٩٥٠ .

ـ **اطباء الأسنان** : كان معدل أطباء الأسنان للسكان فى سنة ١٩٥٠ هو ١,٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة أى طبيب لكل ٥٦,٦٧٩ نسمة حيث كان عدد أطباء الأسنان المسجلين ٣٦١ طبيبا ، وفى سنة ١٩٨٠ بلغ عدد أطباء الأسنان ٦٥٣٤ بمعدل ١٥,٥ طبيب لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة أى طبيب لكل ٦٤٧٢ مواطنا ، أى زادت الخدمة للفرد خلال الثلاثين عاما ٨ مرات .

ـ **الصيادلة** : كان معدل الصيادلة للسكان ٧,٢٩ لكل مائة الف نسمة ، أى صيدلى لكل ١٣,٧٦٠ مواطنا حيث كان عدد الصيادلة المسجلين ١٤٨٧ صيدليا سنة ١٩٥٠ ، بلغ عدد الصيادلة المسجلين ١٥٩٩٢ صيدليا سنة ١٩٨٠ بمعدل ٣٧,٨ صيدلى لكل مائة الف من السكان أى زادت الخدمة خمس مرات عما كانت عليه سنة ١٩٥٠ .

ـ **هيئة التمريض** : كان معدل هيئة التمريض بمختلف فئاتهم للسكان فى سنة ١٩٥٠ هو ٠,٥ ممرضة لكل عشرة الاف نسمة ارتفع الى ١٢,٢٦ ممرضة سنة ١٩٨٠ اى ان الخدمة قد انخفضت ٢٤ مرة عما كانت عليه فى سنة ١٩٥٠ ، وارتفع عدد افراد هيئة التمريض خمسين مرة من ١٠٤٦ فى سنة ١٩٥٠ الى ٥١٨٣٥ فى سنة ١٩٨٠ .

□□ مقارنة بين المعدل الحالى والمعدل الأمثل للأطباء وهيئة التمريض

الطاقة البشرية	الطاقة الحالية	المعدل الحالى	المعدل الأمثل
أطباء بشريون	٨٦٢٩٦	١ : ٥٦٣ نسمة	١ : ١٠٠٠
أطباء أسنان	١٠٣٧٦	١ : ٤٦٨٠ نسمة	١ : ٤٠٠٠
صيادلة	٢٣١١٦	١ : ٢١٠٠	١ : ٢٠٠٠
تمريض (مؤهل عالى)	١٧٢٥ ٥١٣٢٦		
تمريض (مؤهل متوسط)	٤٩٦٠١ ٥١٣٢٦	١ : ٩٤٦ نسمة	١ : ٢٥٠
طبيب : ممرضة	٨٦٢٩٦	١ : ٠,٦	١ : ٤

■■ يلاحظ أن عدد الممرضات من كافة المستويات يقل من ٥٢٠٠٠ ممرضة ..

■■ توزيع الاطباء وهيئة التمريض على بعض المحافظات

الطاقة البشرية	القاهرة	الاسكندرية	الجيزة	سوهاج	قنا
أطباء	٤٧٧٦	١٩١٣	٢٠٥٥	١١٧٧	٧٢٠
ممرضات	٣٨٢٣	٢٢٠٨	١٥٧٣	٦٩٦	٧٣٧

□□ فيما يتعلق **بالفنيين العاملين فى قطاع الصحة** ، وهم طائفة لاتقل أهمية عن التمريض فان **معلوماتنا العامة والقومية عنهم مجملة وبسيطة الى حد بعيد** ، مع ان تقدم الخدمة والتكنولوجيا الطبية كانا يقتضيان نمو التخصصات وتفرعها فى هذا المجال لامجرد بقائها مقتصرة على معاون الصحة وفنى المعمل والأشعة والأسنان والتسجيل الطبى .. الخ) ، ويبدو أن الوعى العام بهذه المسألة لم يتم بعد ، فى ظل انشغالنا بالحديث عن تردى مستوى الأطباء الجدد !! **والانخفاض فى اعداد هيئات** التمريض ، وتقتضى النظرة الحكيمة أن نلتفت الى **انشاء التخصصات الجديدة ووضع برامجها الدارسية ، والاسراع بانشاء سلسلة من معاهد اعداد الفنيين من خلال الجامعات وكليات الطب والمستشفيات الجامعية** ، على النحو الذى حدث فى معهد التكنولوجيا الطبية بجامعة الزقازيق والأهم من ذلك هو حل المشكلات البيروقراطية التى واجهت خريجى هذا المعهد فى تعيينهم والاعتراف الرسمى بهم .. الخ هذه المشكلات التى ليس لها طعم ولا رائحه ، وإنما هى من باب الحرث فى الماء

□□ والاحصائية التالية من تقرير مجلس الشورى تبين الأعداد المقارنة للطوائف المختلفة من الفنيين : ـ

	١٩٨٠	١٩٨١	١٩٨٢	١٩٨٣	١٩٨٤	١٩٨٥	١٩٨٦
معاون صحى	٣٢٢٢	٣٣٤٣	٣٥٩١	٣٩٢٧	٤١٣١	٤٨٩٠	٤٣٥٢
فنى معمل	١٦٣٧	١٨٤٦	١٩٣٦	٢٠٤٤	٢١٥٨	٢٧٤٠	٢٧٠١
فنى أشعة	٧٥٦	٨٠٩	٨٩٩	١٠١٤	٩٨٣	١٣٥٧	١٣٦٨
فنى أسنان	١٦٥	١٧٩	١٩٥	٢٣٤	٢١٥	٣١١	٣٠٩
فنى تسجيل طبى	٩٥	١١٣	١٣٠	٢٢٠	٢٧٧	٣٧٣	٤٩٨

[٢١] بطالة الأطباء .. بين التأمل والتألم !!

من قال إن هناك بطالة فى الاطباء ؟ كل الناس يقولون هذا ، ولكن واحدا من الذين يتاملون حال الصحة فى هذا البلد لايستطيع أن يطلق هذا القول على عواهنه كما يقولون !!

وحتى الذين لايتاملون ، أولئك الذين يتألمون فحسب ، يعرفون أنهم يبقون يتألمون وقتا ـ قد يطول ـ حتى يجدوا الطبيب .. من اولئك الذين فيهم فائض !!

وكل المؤهلات العليا تدخل الجيش لقضاء الخدمة الوطنية ، فيجدون أن فى أمكانهم جميعا أن يكونوا ضباطا احتياط أو جنودا ، إلا أولئك الاطباء الذين لايجدون بديلاً إلا أن يكونوا ضباطا .. وتسأل لماذا ، فتجد الرد الذى لايحتاج ذلك السؤال .. إن الجيش يحتاج الى الاطباء ، ولذلك يستبقى هؤلاء الخريجين فترة أطول على هذا النحو المشرف .. وهؤلاء أطباء متخرجون (بالبكالوريوس فقط) ! حتى لايقال شىء من (نحو أن الجيش فى حاجة الى الاخصائيين)

وحين تثور تلك الثائرة التى يحلو لنا أن نثيرها حين نفرغ من المشكلات السياسية العامة مع مطلع الصيف ، وننتبه الى شىء يسمى أمراض الصيف ، ويدهش البعض من أصحاب الاقلام من هذا التعبير – غير الطبى – .. حينذاك تنتبه المشاعر العامة الى العبء الذى يصدر به ومن أجله قرار يمنع الاجازات ويفرض النوبتجيات .

ومن حين الى آخر يطالع الجمهور أخبار الحوادث القاسية المريرة يتعرض لها شباب الاطباء وهم يقودون سياراتهم بعد يوم عمل (وفى الاغلب بعد ليلة عمل) قاسية ، فيموتون بالازمة القلبية وهم على عجلة القيادة ، ثم تصطدم السيارة التى مات قائدها .. وحينئذ يأسى الجمهور لهذا الذى طب للناس ، ولم يكن عنده من وقت يطب فيه لنفسه ، مع أنه كان يهرب بكل ما أوتى من ارادة الى الراحة يتلمسها !

ثم يتسامع الناس ويتحدثون عن هذه العيادات التى تفيض بزوارها فتوزعهم على سلالم العمارات ! وعن هذه المستشفيات الخاصة ! وعن مستشفيات المؤسسة العلاجية فى القاهرة والاسكندرية وكل أطبائها منتدبون !! (وهذه حقيقة غريبة ومرة !!) النواب منتدبون من وزارة الصحة ، وعلى ميزانيتها يصرفون رواتبهم ، والاستشاريون من اساتذة الجامعة يأتون ويذهبون بالقطعة ! القطعة التى يرسلون !!!

كل اولئك ، وغير هذا دلائل ساطعة ، ولكنها لاتمنع من أن نقول إن فى سوق الاطباء بطالة !! هل هى بطالة حقا ؟ أم افتعال ؟ ، هل هم الذين يفتعلون ! أم أنهم هم الضحايا الذين يفعل بهم ؟ وماذا فى وسعهم أن يفعلوا ؟

حقيقة الأمر فى منتهى البساطة هى « سوء التوزيع » ، وسوء التوزيع لايفرض نفسه حتى النهاية لأن المتظلمين منه يتحايلون عليه بكل الطرق والوسائل ، ومن ثم تنشأ مشكلات إضافية تضاف الى المشكلة التى خلقتها العبقريات البيروقراطية بعيدا عن الواقع .

فهذا طبيب تكليف له راتب شهرى فى المحافظة النائية يذهب ليتسلمه مع مطلع كل شهر ولكنه فى القاهرة أو قريبا منها حيث يزاول الطب فى مستوصف من مستوصفات المساجد حيث يتزاحم عليه الناس .. ولكنه يضيع منه وقت طويل حتى يصل الى هذه الوظيفة فى ذلك المستوصف .. وكل الذين فى المستوصفات يعملون كمؤقتين ولبعض الوقت مع أنهم لايعملون إلا فيها أصلا ، ولايذهبون الى محافظاتهم التى هم فيها فائض .. وهم هنا مطلوبون .

هل لو كان هناك قانون عمل وتأمينات ممتاز وواضح وسريع المتابعة هل كان هناك أمل فى أن نترك هؤلاء يعملون السنوات الأولى من حياتهم كيفما شاءوا ما داموا يعرفون أن هذه المدد سوف تضاف لهم فى التأمين والمعاشات لأنهم سيدفعون عنها اشتراكات شهرية ، ويتمتعون بحماية قانون العمل بدلا من عملهم [الاسود] .. هل يسمح نظام البيروقراطية المصرية أن يكلف الراغبين بعد حصولهم على التأهيل العلمى (الماجستير أو الدبلوم) أم أنه لابد لهؤلاء المساكين أن ينخرطوا فى السلك منذ بدايته ليحافظوا على المستقبل أو الحد الادنى من المستقبل وتكون نتيجة ذلك أربعة ملايين أو خمسة ملايين من الجنيهات تصرف بلا مقابل من العمل الفعلى !! هذه هى المأساة !!

ثم ما هى القيم التى يتوراثها هؤلاء الأطباء نتيجة لهذا الوضع المهين ، وما هو احساسهم نحو المال العام .. وما هو احساس صاحب الضمير الحى منهم الذى يصمم على الغاء التكليف فيجد فى اراحة ضميره العذاب الشديد وضياع المال الذى ليس فيه جهد والحاجة الى كل وساطة .

ثم هل اسعفنا مستشفياتنا العامة (وهى أرقى مستشفيات وزارة الصحة) فى عواصم المحافظات بحاجتها من أطباء التخدير (النواب) ؟ الجواب : لا لا .. ودائما دائما هذه مشكلة .. لماذا لانشجع على مثل هذا التخصص بفتح بابه للدفعة التالية مثلا بحيث يسارع اليه الذين يحبون أن يتقدموا فى سلكهم الوظيفى .. حلول بسيطة ولكننا نصمم على الابقاء على المشاكل .

ولماذا لانفتح الباب أمام التخصص فى الطب الشرعى والسموم رغم هذا النقص الحاد والواضح الذى تعانيه مصلحة الطب الشرعى .. لماذا لانقول أننا سوف نقبل فيها من يتقدمون بتقدير جيد فور انتهائهم من الامتياز وقبل مرورهم بالدائرة الطويلة .. لو فعلنا هذا لتقدم لهذه المصلحة ألف طبيب من الدفعة القادمة .. جربوا أيها السادة .

لماذا لايكون هناك اهتمام بخلق فرص عمل للاطباء الذين لايرغبون حقيقة فى ممارسة المهنة ويحبون أن يمارسوا شيئا متصلا بدراستهم كالثقافة الطبية ، وترجمة المقالات الجديدة ، والاحصاء الطبى ، والادارة الطبية والاقتصاد الطبى .. الخ) ولماذا لاتكون كل هذه التخصصات الأخرى فى الوزارات الأخرى .. (الرى والزراعة والاسكان .. الخ) .

أليست بطالة الاطباء من الماسى التخطيطية الكبرى فى هذا الوطن العظيم .

[٣٣] البيروقراطية .. فى صياغة حياة الاطباء

تتمتع وزارة الصحة بسمعة قديمة بين الوزارات المختلفة فى طغيان البيروقراطية عليها ، ربما لأن الأطباء قديما لم يكن عندهم — مع قلة عددهم — الوقت ليضعوا لمسات طبية أو صحية على البيروقراطية التى فى وزارتهم ، ولهذا طغت هذه البيروقراطيات عليهم حتى جاء الجيل الجديد فأصبح يعانى من هذه البيروقراطية المقيتة .

ولن أظلم أحدا فى هذا التقرير وإنما يكفينا **أن نذكر لبعض الذين لا يصدقون أن كثيرا من شبابنا فى زهرة عمرهم لا يفكرون** فى الانتحار إلا على سلالم وزارة الصحة .. عند توزيع النيابات والتكليف .. الخ)

دعونا أيها السادة نطلع على **خدمة جليلة قدمتها النقابة العامة للأطباء (اللجنة الاجتماعية) لأطباء الامتياز لتيسر عليهم أمور البيروقراطية التى ربما ضاع منهم عشرون يوما على الأقل** (مثلما حدث معى) حتى يعرفوا حدودها .. الخدمة التى نرفق صورة فوتوغرافية كاملة لها هنا تيسر على الأطباء الجهد فى معرفة هذه السلسلة من الاجراءات التى لا لزوم لها على الاطلاق ، ولكنها لم تيسر الاجراءات نفسها ..

هل لى أن **استعير هنا عبارة كتبتها فى كتاب آخر لى** — لم يصدر بعد — عن مستقبلنا فى مصر من أننا حين **نقول تبسيط الاجراءات نختصر ١٠ ٪ .. وربما نتشجع بعد عشر سنين لنختصر ٢٠ ٪ بينما الحقيقة هى أنه يجب اختصار هذه الاجراءات كلها لا ٩٠ ٪ فقط كما يظن بعض منا .**

ما جدوى أن يقدم الطبيب ٦ صور ترمى فى الملفات التى ترمى بعد عام ، وما جدوى الشهادات إذا كانت هناك نسخة معتمدة ومختومة من الشهادات عند الوزارة .

وما جدوى ... وما جدوى .. كل ذلك فى عصر الكمبيوتر الذى يمكن أن تحصر فيه كل البيانات دفعة واحدة ومن المنبع من الكليات التى تخرج فيها هؤلاء جميعا .. ما جدوى التكرار المقيت الذى لا فائدة منه ... الذى لن يغنى عن الرجوع الى البيانات الأصلية القادمة من المنبع ، والذى لن يمنع تزويرا ، ولن يضبط تلاعبا .. إنما هى الرغبة فى تزوير الملفات وتضخيمها .

بسم الله الرحمن الرحيم

النقابة العامة للأطباء

اللجنة الاجتماعية

إرشـادات لأطبـاء الإمتيـاز

زملاؤنا .... زميلاتنا ... أطباء الامتياز ؛ يسر النقابة أن تقدم لكم كافة الإجراءات التى يقوم بها أطباء الامتياز قبل وبعد انتهاء فترة الامتياز ؛ بعد أن لاحظنا كثرة وصعوبة الأوراق المطلوبة التى يجب عليكم إنهاؤها قبل أن تنضموا إلى نقابتكم ... نقابة الأطباء ، ويسعنا فى هذا الموقف أن نذكر حديث رسول الله صلى الله عليه وسلم : « من كان فى حاجة أخيه كان الله فى حاجته » . (متفق عليه)

أولاً : ما قبل إنهاء فترة الامتياز

(ا) تصـــوير : عدد ٣٠ صورة فوتوغرافية ٤ × ٦

١ - ١٠ لشهادات التخرج . ٢ - ٦ للوزارة . ٣ - ٤ لإدارة التراخيص .
٤ - ٣ لشهادات الامتياز . ٥ - ٢ للنقابة . ٦ - ٢ للفـــيش والتشبيـــه
٧ - ٢ لتغيير المهنة فى البطاقة .

(ب) احضـــار : تمغة وحوالة من مكتب البريد
١ - ٢٥ ورقة فئة ١٥ قرش . ٢ - ٢ ورقة فئة ٢٥ قرش . ٣ - ورقة فئة ٢٠ قرش .
٤ - تعمل حوالة بريدية لإدارة التراخيص باسم الدكتور / مدير عام إدارة التراخيص بمبلغ ١١٠ قرش + ٩ قروش تمغة .. وتصاغ الحوالة كالتالى : مقدمه لسيادتكم / .... ، جامعة / .... ، محل الإقامة / .... ، رقم البطاقة / .... .

(جـ) فيش وتشبيـــه :
يستخرج عدد ٣ من قسم الشرطة التابع له السكن ، أحدهما يعطى لإدارة التراخيص والثانى للنقابة والآخر لجهة التكليف ، ويلاحظ أن صلاحية الفيش ٦ شهور فقط .

(د) تغيير المهنـة :
فى البطاقة الشخصية من طالب إلى طبيب ، والمطلوب : ١ - ٢ صورة . ٢ - ٢ تمغة فئة ٢٥ قرش . ٣ - استمارة تغيير بيانات من مكتب السجل المدنى تختم من جهة العمل .

(هـ) مستخرج لشهادة الميلاد :
من مكتب الصحة أو السجل المدنى التابع له محل الميلاد .

(و) إخلاء طـرف :
وتأخذ عليه التوقيعات من المعامل والباثولوجى ومكتبة الكلية واتحاد الطلبة ومكتبة الجامعة ، وذلك لإستلام دوسيه أوراقك من الكلية .

(ز) إخلاء طرف من بنك ناصر الاجتماعى :
وتأخذها من البنك مختومة من الكلية والمطلوب : الاسم والعنوان والكلية وتمغة ورقم البطاقة الشخصية .

(ح) شهادات التخرج :
تستخرج من شئون الطلبة مع تقديم الطلبات بالصيغة الآتية :
* السيد الأستاذ الدكتور / عميد الكلية ... تحية طيبة وبعد ... برجاء التكرم وإعطائى شهادات التخرج لتقديمها إلى الجهات التالية : ١ - إدارة التراخيص . ٢ - وزارة الصحة . ٣ - نقابة الأطباء . ٤ - مركز البحوث . ٥ - إدارة التجنيد . ٦ - الدول العربية .
٧ - الشركات والهيئات . ٨ - شهادة تقديرات للجامعات المصرية .
مقدمه لسيادتكم طبيب / ..... تقدير / .... مواليد / ....

* السيد الأستاذ الدكتور / عميد الكلية ؛ تحية طيبة وبعد ؛ برجاء التكرم وإعطائى شهادات تخرج باللغة الإنجليزية لتقديمها للدول الأجنبية
١ - شهادة تخرج . ٢ - شهادة تقديرات وساعات . الاسم / بالعربى والإنجليزى التقدير / ... مواليد / .... .

ملحوظة : توضع ورقة تمغة فئة ١٥ قرش على كل طلب ، وأخرى فئة ١٥ على كل شهادة .
أيضاً توضع على كل شهادة صورة فوتوغرافية وتمغة فئة ٥٠ قرش من الكلية .

(ط) شهادات الامتياز :
يقدم طلب قبل انتهاء الامتياز بشهرين فى المستشفى [القصر ؛ أم المصريين ... الخ] ويتم تسلمها آخر الامتياز والمطلوب :
١ - ٣ صور فوتوغرافية ٢ - الكارت الأصفر أو ورقة بها إمضاء ١٠ شهور امتياز
٣ - تكملة بيانات استمارة ١٠٣ ع.ح من المستشفى .

ملحوظة : اختم ما لا يقل عن ٦ صور فوتوغرافية من الخلف من المستشفى .
دائماً تصور جميع المستندات وتحتفظ بصورها : البطاقة ، شهادة الميلاد .... الخ .

ثانياً : ما بعد انتهاء فترة الامتياز

(ا) **المطلوب للقيد بنقابة الأطباء** : والمستندات التالية تقدم للنقابة بدار الحكمة .

١ – طلب قيد بالجدول العام (يوزع مجاناً بالنقابة) . ٢ – شهادة التخرج . ٣ – شهادة قضاء سنة الامتياز . ٤ – ١٦ جنيها رسم القيد والاشتراك ويحتفظ الطبيب بإيصال السداد ليقدم إلى إدارة التراخيص . ٥ – الفيش والتشبيه . ٦ – صورتان مختومتان من الكلية . ٧ – صورة البطاقة الشخصية أو العائلية .

(ب) **المطلوب لاستخراج ترخيص مزاولة مهنة الطب** :

استطاعت النقابة أن تستجلب موظفى إدارة التراخيص من الوزارة ليقوموا بإنهاء الإجراءات فى النقابة تيسيراً على الأطباء .

١ – طلب استخراج ترخيص مزاولة المهنة ويتم الحصول عليه من النقابة مقابل ١,٢٥ جنيها . ٢ – شهادة التخرج . ٣ – شهادة الامتياز . ٤ – إيصال سداد رسم القيد والاشتراك بالنقابة . ٥ – ٤ صور مختومة من الكلية . ٦ – شهادة المعاملة العسكرية (نسخة أصلية ولا تقبل صورة) . ٧ – الحوالة البريدية . ٨ – تمغة فئة ٢٠ قرش دوسيه

ملحوظة :

تسلم الأوراق قبل الساعة ١٢ والاستلام بعد الساعة ١٢ .

(جـ) جهة التكليف [الوزارة أو مديرية الشئون الصحية أو الشركة أو مركز البحوث]

المطلوب :

١ – شهادة الميلاد أو مستخرج رسمى منها .
٢ – إفادة التخرج .
٣ – شهادة الامتياز .
٤ – نموذج ١٠٣ ع . ح (عملى حكومى) .
٥ – صورة البطاقة الشخصية أو العائلية .
٦ – عدد ٦ صورة ٤ × ٦ .
٧ – عدد ٣ استمارة ٦ تأمين ومعاشـــات .
٨ – صحيفة الحالة الجنائية (فيش وتشبيه) .
٩ – خلو طرف من بنك ناصر الاجتماعى .
١٠ – ترخيص مزاولة المهنة .
١١ – الموقف من التجنيد .
١٢ – اقرار الذمة المالية .
١٣ – عدد ٤ ملفات .
١٤ – توقيع الكشف الطبى .
١٥ – استمارات تعيين توزع بمحل العمل مجاناً .

نقابة الأطبـــاء

● **صورة طبق الأصل من (الارشادات) التى وزعتها النقابة العامة للأطباء .**

دعونا بعد كل ذلك نتأمل أثر هذا على عقلية الطبيب ، **هل يرجى من هذا الطبيب أن يمد خطوته وهو يعالج حـال قلب حرجة ! هى يرجى منه أن يتصرف بذكاء ! هل يرجى منه أن تكون فيه بقية من الخير ! هل يرجى منه أن يصدق المريض فى شكواه ؟ ..مع هذا فان فى أطبائنا أمل !! هذا الأمل هو الاكرام الالهى الذى يكرمنا به أجل الشيوخ الركع ، والبهـائم الرتع والاطفال الرضع** . أليس الجهد ـ والامكانات بالطبع ـ المبذول فى مثل هذه (الارشادات) التى توزعها نقابة الأطباء هو الجهد المناظر لما تبذل النقابات فى دول العالم المتقدم فى شرح طب الطوراىء (مثلا) لطبيب الامتياز .. ولهذا فان طبيب الامتياز فى مصر **سوف يكون مسئولا عن إجراءات ليس الا ، عن ورق التمغة وصور البطاقة الشـخصية ، وشـهادات استمارات تغيير البيانات فى البطاقة .. الخ) بينما يكون زميله الأوربى على دراية ومعرفة بما يجب عليه أن يفعل مـع الغريق على شاطىء البحر حتى ياتى الاسعاف** ، ومع الحريق . ومع العمود الفقرى المصاب بكسر .. ومع حالات الصـدمة المخية الوعائية والغيبوبة السكرية واحتشاء القلب .. الخ) .

والمسألة فى النهاية ليست إلا بديلا من اثنين أو أكثر فإما هذه الاجراءات التى نعبدها مع أننا موحدون ـ وإما العمل الـذى نهمله مع أننا اليه محتاجون !!

[٣٣] فى تكريم شباب الأطباء

اسمحوا لى أن اقتطع من أوقات حضراتكم جميعا أربع دقائق لاتحدث عن أربع دقيقات :

الدقيقة الأولى عما تختلج به النفس حين يخلو اليها صاحبها ، بعد أن يجد شخصه ينال صورة أو أخرى من صور التكريم ، فيحس عندئذ أن جهده فى حياته لم يذهب هدرا ، ويستشرف غده بروح الرضا عن أمسه ، ويصبح حاضره حلقة تصل جهد الماضى بيقين المستقبل ، وتتفاعل ساعتئذ نغمتان لنعمتين من أعظم نعم الله : نعمة الأمل ، ونعمة الألم ، إذ يجد المرء نفسه بين أمل فى المستقبل بعثه التكريم ، ينسيه كل الآلام التى مر بها وهو يغالب المصاعب التى واجهته حتى استحق ان يكون هنا .

أما اهمية التكريم فى حياة الناس وقبل أن يصلوا إلى الشاطىء فلا يصبح لطوق النجاة قدر [وهو وصف الكاتب البريطانى الكبير لجائزة نوبل] فقد أكدته لنا الطبيعة البشرية منذ آلاف السنين حين قال الشاعر الاغريقى :

أحسنوا إلى مادمت حيا

أما ان تسقوا التراب الذى أتوسده خمرا

فان هذا يجعل التراب طينا .. على أن الميت لا يشرب الخمر .

الدقيقة الثانية : هى توجيه التقدير الى الجمعية التى أتاحت لنا هذه الفرصة اليوم (ولى ان أضاعف الشكر لأنها منحتنى شرفين : شرف التكريم وشرف التعبير .. غير انى أود ان انتقص من الشكر بعد مضاعفته قدرا يوازى شعورى بالظلم حين عهد إلى بالقاء هذه الكلمات منذ ساعات معدودة فقط فلم يكن فى وسعى أن أجعلها أعظم من حالها المتواضع الآن) وفى هذا الصدد يجد المرء نفسه فى حيرة بين تحفظ وتحفز ، تحفظ يقول انه لا شكر على واجب ، وتحفز يعبر عنه الفهم العميق لمعنى الواجب فى الشرع الاسلامى ، وهو معنى دل اختلاف الفقهاء فى تعريفه على قدرة الشرع على احتواء ظروف الناس ، ولو كان الواجب فرضا فهو شأن التكريم فرض كفاية ، قامت به الجمعية اليوم عن مجتمعنا كله فسقط الاثم عن الباقين ، وايما كان الأمر فقد اتفق علماؤنا على ان ما لا يتم الواجب الا به فهو واجب .. وهى قاعدة فقهية بدأت تجد أقوى صدى لها فى أحدث نظم العلاج الطبى التى وجهت اهتماما متزايدا فى السنوات الأخيرة الى كل ما هو مواز للعقاقير والجراحات ، قبلها وبعدها ، وأظن أنكم تشاركوننى الرأى أيها السادة ان الواجب الذى بدأته الجمعية قد لا يتم الا بشكرها على قيامها به مع انه واجب !! وقد علمنا القرآن الكريم ان الحق سبحانه وتعالى قد أردف رضاه عن عباده برضاهم عنه : « ان الذين آمنوا وعملوا الصالحات أولئك هم خير البرية ، جزاؤهم عند ربهم جنات عدن تجرى من تحتها الانهار خالدين فيها ابدا رضى الله عنهم ورضوا عنه ذلك لمن خشى ربه »

الدقيقة الثالثة : (وهى من دقائق زمن كانت فيه الدقيقة مائة ثانية) أن أذكر أن هذه الجمعية كرمت كل الاطباء من قبل (إذ ليس التكريم هو مثل هذا الذى نحن فيه اليوم فحسب) حين فتحت لهم أبواب كثيرة من الخدمات التى لم تكلف الدولة ولا الجمعية نفسها شيئا ، الا ان تنقل الى مصر نمطا من انماط تيسير الخدمات على الناس بتقسيط أثمانها .. وهو الأمر الذى امتن له كل الاطباء ، وتأكد به عندهم شعور الانتماء لهذا الوطن الذى ساعدهم على مثل هذا لا لشىء الا لأنهم هنا ، ولا لشىء الا ليكونوا هنا ، وهو معنى جدير بالافادة منه فى توجيه كل حلولنا لكل مشكلاتنا ، وقد علمنا علم الاقتصاد أن مشكلة الطبيب الشاب تكمن فى عجزه عن تمويل التكلفات الابتدائية اللازمة لتحقيق فرصة فى المشاركة فى اداء الخدمة الطبية التى تتحول عند المجتمعات التى رزقها الله نعمة التخطيط الى ثانى اعظم فرصة للاستثمار بعد التعليم ، فاذا نجحنا حكومة وشعبا فى تمويل الاطباء على نحو مدروس ومتسق فى توجيها مع الظروف الحقيقية لهذا الوطن ، فقد نجحنا فى كثير ليس أوله الافادة من هذه الطبقة التى جاءت نظم التنسيق فحولتها من التعلم العام فى الشهادة الثانوية الى اقل الناس دخولا وأملا بين خريجى الجامعات ، وليس آخره الافادة من القوى البشرية فى استثمار الاموال المتدفقة من بحور التضخم الى محيطات الاستهلاك ، افادة للبشر وبالبشر بحيث يتحول وقت وجهد الشباب (أو يتمول) إلى شىء منظور القيمة فتتحول صحراؤنا الى شىء اخر .. والنقود الى شىء اخر .. والكلمات الى شىء آخر .. والامانى الطيبة الى شىء اخر .. ما هو هذا الشىء الآخر .. انها اشياء لا تشترى !!

وهى الكلمة التى ألقاها المؤلف فى يوم الطبيب الشاب ٢٩ يناير ١٩٨٧ بالنيابة عن الأطباء المكرمين

الدقيقة الرابعة : ان اتوجه من الان الى الندوة التى تعقب هذا الحفل لتناقش قضايا الطبيب الشاب ومشكلاته بالتذكرة أن الحلول الجزئية قد تكون هى الاجدى أحيانا .. فقد اصبحنا فى مصر نتسابق فى توصيات مؤتمراتنا العامة الى الكمال .. الكمال اللفظى .. وقد قيل انه اذا اردت ان تطاع فأمر بما تستطاع .. وعندى امل ان اطباء مدرسة اليوم الذين اصبحوا يؤمنون بالاتجاه الجديد فى التقليل من الادوية بفضل تقدم الفحوص المعلملية ووسائل التشخيص سوف يكونون قادرين على ان يركزوا فى توصياتهم على ثلاثة عقاقير فحسب ، وعندئذ فلن يجد الدكتور رئيس الوزراء صعوبة فى أن يدفع ثمن الروشتة .. وقد يكون الدفع نقدا وانما توقيع كريم ..

الباب الرابع : الطب والصحة والمجتمع

[٢٤] الدين والمرض

مع تقدم العلم بتقدم الزمن ، تتكشف للناس كثير من الحقائق التى تدعم آراء المدافعين عن الأحكام الدينية و الداعين لها بأنها تتسق مع النفع العام و النفع الخاص للبشر و الانسان .

فعن قريب قرأ الناس جميعا نتائج رسالة الماجستير التى أجراها زميل فى المعهد العالى للصحة العامة بجامعة الاسكندرية من أن الاستنشاق فى الوضوء وحده يتيح القضاء على عديد من الميكروبات البكترية التى تتجمع فيما بين وضوء وضوء .

ومن فترة أيضا سمع الناس بنتائج ذلك البحث الأوربى الذى تناول الميكروبات فى لحم الخنزير ، وكيف أنها تنتشر فى هذا اللحم حتى لو لم يرب الخنزير على القاذورات (فى المزارع مثلا) وكيف أن نسبة الوفيات من مرض معين ترتفع بين أكله الخنزير [من بين المصابين به] عنها فى الذين لا يتعاطون الخنزير .

والعاملون فى مجال طب الجهاز الهضمى لا تنقطع عنهم أبدا مشاهدة نتائج الكحول على الكبد .. فالعينات الباثولوجية اليوم تتيح لهم أن يروا الآثار المدمرة لهذه العادة (قبل أن يصل الأمر حتى إلى مرتبة الادمان) .

وكتب الطب التى يدرسها طلاب مرحلة ما قبل البكالوريوس تشير فى أول بعض المواضيع (كسرطان القضيب) الى ندرته المطلقة بين المسلمين واليهود الذين يقومون (أو يقوم لهم أهلهم) بعملية الختان .. وعملية الختان هذه واقية جدا من كثير من الامراض وبخاصة الخبيثة .

ولعل مرض « AIDS » الايدز الذى انتشر فى العامين الماضيين فى الولايات المتحدة الأمريكية ، وهياتى ، بصورة ملفتة للنظر ، من أبلغ الأدلة على أن مخالفة الممارسات والسلوك القويم (فضلا عن انه ابتعاد عن التعليمات الدينية) لن تمضى بدون ذلك المردود الوقتى من العقاب الآلهى فى بعض الأحيان .

ويكاد المتأمل للآية الرابعة من السورة الخامسة (سورة المائدة) وهى آية الأطعمة المحرمة أن يتبين فى أغلبها (ثمانية من أحد عشر) مانعا طبيا [قد لا تكون صورة الكاملة واضحة أمام أعيننا .. أو أن تكون معلوماتنا عنه قابلة للزيادة فى المستقبل] وتبقى بالاضافة الى هذا ثلاثة مواقع ترتبط بحكمة التوحيد وضرورته .. ولعل تحذف هذا المثل بالذات يؤكد لنا أن فى الأوامر الالهية ذلك الاجتماع بين أمور فيها النفع الدنيوى وفى تركها انتفاؤه ، وأمور هى من صميم التوحيد .. ودعنا من ذلك التعبير الصحيح لغة وأن لم تكن فيه تلك الروحانية اقصد اصطلاح العبادات أو الفروض .. « التحكمية » .

ومن الأمور التى يجب أن نقف عندها بامعان وتدبر شديد أن تكون آية المحرمات من الأطعمة هى الآية التى أخرها هو آخر ما نزل من القرآن وكأنما تمت النعمة وأصبح الدين كاملا ، جامعا مانعا ليس فيه ما يأخذه عليه الكفار « اليوم يئس الذين كفروا من دينكم فلا تخشوهم واخشون »

على أن من الطريف الذى لا ينبغى للمرء أن يمر عليه مر الكرام أن الاسماك نتاج البحور استثاء من الميتة .. وذلك لطبيعة هذا الطعام الذى تزهق روحه بعد أن يخرج من الماء الذى هو حياته .. وفى ذلك تورد كتب الحديث حديثا للنبى صلى الله عليه وسلم [وهنا تفصل السنة وتضيف إلى القرآن] احلت لكم ميتتان ودمان .. والدمان هما الكبد والطحال .. ومع انهما فى التعبير الدقيق قد لا يكونان كذلك الا انهما فى التعبير العام أقرب ما يكونان الى ذلك .

---

* كتب هذا المقال عام ١٩٨٥ ونشر فى الأمة الاسلامية وجريدة النور .

على أن كل هذا يهوى بجانب الناحية النفسية من بناء الانسان المريض والسوى (على حد سواء) .. فالايمان وهو المعنوى فى جانبه الاكبر . النفسانى فى تعاملاته ، الروحانى فى طبيعته ـ يتعامل بالطبع مع هذا الجانب اكثر مما يتعامل مـع الجـانب المادى .. فإن لم يكن كذلك ، فليس بأقل !!

والذين يريدون ان يأخذوا فكرة عن اثر الايمان فى هذه الناحية من باثولوجية الامراض لن تضطرهم الامور إلى أكثر من يتأملوا بعمق أو بتحليل صادق حياة الناس من حولهم ولكنهم مع هذا قد يجدون الحقيقة انصع ، واوضح حين تتاح لهم الفـرصة لـكى يلمسوا طبائع الحياة والاحياء فى بلد فيه ذلك التفاوت الواضح والاثار السريعة المدروسة كالولايات المتحدة الامريكية .

واذا كان تعبير « الخوف » فى معناه الأوسع والادق (معا) يشير الى المعنى المقابل للأمن .. والامن النفسى بصفة خـاصة فلعلنا نستطيع اذن ان نطمئن الى صدق فهمنا لقوله تعالى « ولنبلونكم بشىء من الجوع والخوف .. » الاية ..

وقد لا يكون من منهج هذا المقال ان يخلط بين الامراض العضوية والأمراض الاجتماعية ، ولكن الذى لاشـك فيـه أنـه لا يستطيع أن يفصل أمراض النفس عن الأمراض العضوية فاذا كان من شأن الامراض النفسية ان تكون اعـراضها فى الغـالب أمراضا اجتماعية فذلك شانها الذى يزيد من خطورتها .

وإذا كان الدين وله هذا الدور الواضح .. فلماذا نقول له (فى بعض الاحيان) : لا ؟

[٢٥] مستقبل الطب الاسلامى

من حسن الحظ أن وطننا العظيم قد خطا خطوات واسعة فى مجال الخدمات الطبية فى السنوات القليلة الماضية ، وقد استطاع هذا الوطن أن يلتفت بكل ما أوتى من قوة إلى **أهمية تطوير خدماته الصحية بالقدر الذى يتناسب مع النهضة العامة التى شملت كثيرا من مرافقه وطبقاته** ، ولعل التقدم الذى أصابه هذا المجال من أبرز الوجوه الدالة على **نجاح المسلمين فى الافادة مما اتيح لهم** .

وهذا كلام لا يرضى الذين يحبون ظلم أنفسهم وغمطها حقها بالاكثار من الحديث عن العجز العربى والاسـلامى ، والفشـل العربى والاسلامى ، وما إلى ذلك من تعبيرات قد تكون محل قبول أورضا أوتسليم أوخلاف فى باب السياسة ، ولكنها ليسـت إلى اليوم محل نقاش ولا حتى بحث فى مجال الخدمات ومنها الخدمات الصحية . ومع هذا فإن فى اعتقاد البعض حتى هذه اللحـظة وحتى ما بعد هذه اللحظة أن ما تم انجازه فى مجال الخدمات الصحية ليس إلا كما تم فى مجالات أخرى : مبان وعقارات فحسب ، وقد يكون فى بعض هذه المبانى أوفيها كلها أجهزة ولكن ما هو جدوى الأجهزة التى ستصبح يوما ما متخلفة عن الأجيال الجديدة من الأجهزة ، وما جدوى كل هذه والأطباء ومساعدوهم الذين يعملون وراء هذه الأجهزة ليسوا من أبناء البلد ؟ وما جـدوى كل هذا والعلم نفسه لم يصبح وطنيا بعد ؟

وكل هذه بلا شك اعتراضات منطقية ، ولكن المنطق السليم يأبى أن يكون هذا التفكير هو الأصح أو الأكثر واقعية فى مسـألة التقدم الطبى .. فالحقيقة أن الطب وغيره من العلوم التطبيقية أو الفنون الانسانية المستندة إلى أصول علمية قوية ، **قد أصاب من التقدم ما أصبح معه أمر بناء طب وطنى جديد مستحيلا مالم تكن الخطوات فى سبيل (إنشاء) هذا الطب واسـعة ومتناسقة فى جميع الاتجاهات** .

ومن المستحيل أن يبدأ إنجاز التقدم فى الطب بالاعتماد على التعليم الطبى وحده فمثل هذا التعليم مهما ارتفع شأنه وكللت جهوده بالتوفيق لن يخرج إلا أطباء فحسب !! ولن يحقق للمجتمع خدمة طبية ممتازة بأى حال من الأحوال لأن الخدمات الطبية لا تتخرج من المستشفيات . **ومن المستحيل أيضا أن نعتمد على أطباء فى مستشفيات غير كاملة التجهيز** ، وسوف يصـبح البديل ساعتها أن يكون كل نجاح هذه المستشفيات مقتصرا على كتابة تقارير يحول بها المـرض إلى مسـتشفيات أخـرى (فى الخارج) تتولى علاجه .

وقد أصبح من الصعب المطلق (إن جاز هذا التعبير) أن يقتنع مريض مهما قل شانه الاجتماعي بالاكتفاء من العلاج بحد أدنى مادام قد سمع عن حدود قصوى لهذا العلاج ، ولايزال المريض وأهله يبحثون في كل الاتجاهات ويسلكون كل الطرق لتوصيل الخدمة الممتازة إلى مريضهم أو ليصلوا إليها .. ومع الانتشار المرعب في الاعلام بعد ثورته القوية الشاملة الممتدة فإنه لم يعد من الممكن أن تصبح امكانات الطب المتجددة سرا بعيدا عن آذان الناس أو أعينهم ومن ثم قلوبهم وعقولهم !!

وإذن فإنه يمكننا الآن أن نفهم أن الخطوات الواسعة التى اتخذتها بعض بلادنا الاسلامية وبخاصة في الخليج العربي في الاكثار من بناء المستشفيات وتزويدها بالمعدات الطبية المتطورة لم تكن أبدا من باب إلقاء المال في البحر ولكنها كانت من باب القاء البذور في الأرض الخصبة .

ويعتمد نجاحنا في هذا المجال فيما بعد ذلك أي من الآن فصاعدا على نجاحنا في تغطية الجوانب الأخرى من البناء الطبي ، الجوانب المتعلقة بالبناء الطبي طويل الأمد أي بناء (الأفراد الطبيين) من أطباء وممرضات ومساعدين وتكنيكيين وبناء الخبرة ذاتها .

وعلى عكس ما قد يتصوره الناس في انديتهم فإن الابطاء في هذه النواحي من البناء الطبي خير من التعجيل فيها وحتى كذلك من الاسراع .. وقد أنعم الله على الدول الاسلامية بتوافر ما ينقص بعضها في بعضها الآخر ، فإذا لم يكن التكامل الاسلامي في هذا المجال فعالا فعلينا جميعا العفاء ، ومن حسن الحظ أن هذا التكامل موجود والحمد لله .

وليس الانجاز الحقيقي في مجال إعداد الأفراد بعدد من يتخرجون من معاهد العلم الطبية وإن كان هذا إنجازا جديرا بالتقدير في بعض الأحيان ، ولكن الكفاءة التى يتمتع بها هؤلاء هي العامل الحاسم في صنع المستقبل الطبي الحقيقي . ولا يمكن لنا أن نعتبر أن الكفاءة في هذا المجال هي ذلك المستوى الذى تخرج به الطبيب (أو غيره من أفراد المجتمع الطبي) من كليته ، ولكن الكفاءة الحقيقية تكمن في قدرة هذا الطبيب على النهوض بالطب ، كخدمة وكمهنة وكعلم . وليس معنى هذا أننا نطلب من كل طبيب انجازا جديدا يضاف إلى العلم ، ولكن معناه أننا نريده قادرا على تطوير مستواه ، وتحديث معلوماته ، والارتفاع بكفاءته بحيث يكون مستواه في الغد أفضل من مستواه في هذا اليوم ، وأن يكون مستوى الخدمة المتحققة على يديه في الغد قريبا إن لم يكن مساويا وإن لم يكن متفوقا على الخدمة المتاحة في أماكن أخرى من المجتمع المتقدم .

وهكذا يتضح لنا أنه ليس من السهولة إحراز هذا المستوى في كليات الطب وحدها ، ولكن التعليم الطبي المستمر يكون يومها جزءا أساسيا من تكوين الطبيب المسلم ، وعلى مدى نجاحنا في (إدماج) التعليم الطبي المستمر في كل من نظامنا التعليمي والمهني (أي على مستوى وزارة الجامعات وبنفس القدر على مستوى نقابة الأطباء ووزاة الصحة المسئولة عن الممارسة الطبية في مجملها كما اقتضى العرف الدولي) يكون نجاحنا في اعداد الأفراد الطبيين .

إن من المؤسف أننا في بعض البلدان الاسلامية حتى اليوم لم ننتبه بقوانيننا إلى أهمية الفصل بين شهادة العلم وشهادة الممارسة ، فنحن نكتفي لمنح ترخيص مزاولة المهنة بحصول الطبيب على شهادة التخرج .. ثم نحن لا نراجع هذه التراخيص طيلة حياة الطبيب أبدا .. وهو تقليد خطر ولا يبشر بخير ، ولا يتفق أبدا مع روح ديننا الحنيف التى تدعو الدولة إلى ممارسة مسئوليتها تجاه حماية مواطنيها من الضرر والضرار .

ولعل هذه النقطة من أهم النقاط التى ترتبط بتصورنا للطب الاسلامي ، فالمجتمع الاسلامي مجتمع مسئول ، وهو مجتمع قيم يحرص عليها ويزود عنها ، ويقيم نظامه على دعائمها ويغير من وجوده بين أفراده .

ومالم يقو نظامنا الطبي في المجتمعات الاسلامي من قيمة هذه القيم ، فلن يجنى الثمار التى يتمناها منها .

وقد يقودنا هذا إلى الحديث عن نقطة ثانية لا تقل أهمية ، فالخدمات الطبية إذا ما ارتبطت بعمليات التجارة أو بعبارة أخرى بالمعاملات المالية فإنها تستلزم قدرا ضخما من يقظة الضمير ، ذلك أنها هي الاستثناء الصارخ من مبدأ العرض والطلب الذى يقوم عليه الاقتصاد المعاصر !!

ولتبسيط ذلك نقول إن الطب لا يلعب أي دور في عملية اقتصاديات الطب عند الطبيب الذى نثق فيه والذى يقول لنا بعد إجراء عملية الكشف الطبي إن هذا التحليل مطلوب ، هل يخطر ببالنا أن ننفى له هذا حتى ولو كنا أطباء ، الواقع أننا لا نتحكم أبدا فيما يطلبه الطبيب وبخاصة من استطلاعات .. وقد نساومه من باب العشم أو المساومة في الاتعاب ، وقد تكون هذه محل تفاوت ، وقد تختلف أسعار الخدمات الطبية من مكان إلى مكان ، ولكن الأمر المؤكد أننا لا نعبث أبدا ولن نعبث أبدا بالبنود التى يضعها الطبيب في خطته من أجل التشخيص أو العلاج . وهذا بالطبع أمر يستلزم كثيرا من الثقة على

الجانب الآخر وقد بدأت مجتمعات كثيرة تجار بالشكوى من إمكان الاساءة إلى الخدمة الطبية وإلى الانسانية التى فيها من هذا الطريق ، ولا أنكر اننا فى مصر قد بدأنا فى بعض الاحيان نتململ من بعض تصرفات غير مسئولة فى هذا الاتجاه ، ولكن الدخول أو التدخل فى هذه الناحية بأى تشريع أو تصرف إدارى لن تكون نتيجته إلا طامة كبرى .

على حين أن فى قيم الاسلام للمجتمع الاسلامى كل العواصم والموانع التى تحقق سلامة التصرفات الطبية وبراءتها من مثل هذه الشبهات . ولا تزال هنا جوانب أخرى ..

[٢٦] الصحة فى ألمانيا الغربية

☐ ☐ فى الفقرات التالية سوف نورد للقارىء الفقرات الخاصة بالحديث عن الصحة فى الكتاب السنوى « حقائق عن ألمانيا » الذى تصدره الحكومة الألمانية بمختلف اللغات .

☐ ☐ وقد آثرت أن أنقل للقارىء النص الموجود فى الكتاب السنوى لعام ١٩٨٠ وفضلته عن النص الموجود فى ١٩٨٦ أو ١٩٨٧ للأسباب الآتية :

(١) أن معظم الأرقام والدراسات المصرية التى نقلت عنها بعض الاحصاءات فى هذا الكتاب قد وقفت عند العام ١٩٨٠ .

(٢) أن ألمانيا سريعة التقدم والانجاز ، ولهذا فمن الظلم أن نقارن الوضع القائم فى ألمانيا اليوم بأرقام مصرية لا تعبر عن وضعنا القائم الآن ، وإنما عن وضع أقل منه بالطبع .

☐ ☐ هذا وقد راعيت الالتزام بكل ما فى النص الألمانى ، واعتمدت الترجمة العربية مع بعض التعديلات اليسيرة المتوافقة مع الترجمة الانجليزية .

☐ ☐ وأحب أن أوضح للقارىء أن اختيارى للنمط الألمانى كان تعبيرا عن عدة معان :

(المعنى الأول) **أن ألمانيا الغربية تسير فى سياستها على نهج قريب جدا من النظام الاقتصادى الاجتماعى السياسى الذى يرتضيه معظمنا اليوم كبديل للحيرة بين النظامين الرأسمالى والشيوعى وهو الاشتراكية الديمقراطية ، وصحيح أننا وافقنا بصفة رسمية على هذا النظام ، واقتنع به المثقفون الطامحون الى استقلال وطنى يحقق فى ذات الوقت الحرية** .. إلا أننا لم ندرس بعد النماذج المتحققه له أو قريبا منه .. ولا نزال نتساءل : **ما هى هويتنا ؟** وتغذى هذا الاتجاه بالطبع الصيحات الدينية التى ترفض كل المسميات الجديدة ، مع أن الاشتراكية الديمقراطية ليست إلا صورة عصرية من نظام الاسلام الاقتصادى الاجتماعى القائم على الشورى والتكامل الاجتماعى .. وإذا أنكرنا المسميات فلن يسعنا أن ننكر أن ألمانيا الغربية (على سبيل المثال) تطبق قواعد الاسلام واخلاقه وقيمه على نحو أفضل مما نطبقه ، وقد شهد بهذا علماء الدين جميعا حتى قال بعضهم إنه لا ينقصهم إلا الشهادة وإجتناب الخمر !! ومع هذا فنحن لن نحمل الأمور أكثر مما تحتمل فى هذا المقام وإنما نكتفى بما سبق لايضاح الجو العام .

(المعنى الثانى) **أن ألمانيا فى تعداد سكانها قريبة منا الى حد ما** ، ولهذا أهمية كبرى فى الدراسات الاجتماعية والاكتوارية (نظم التأمين) والتمويلية . إذ تصعب المقارنة بالدول الاسكندنافية ذات الاعداد القليلة من السكان وبدولة مثل أمريكا ذات أعداد ضخمة وولايات مختلفة النظم والقوانين .

(المعنى الثالث) **هو أن صلاتنا بالمانيا الغربية فى التخطيط للتنمية** ربما كانت أقوى صلة لمصر بالخارج (حتى وان لم تستغل) وعلى حين تعنى الولايات المتحدة الأمريكية بدراسات المعونة **AID والتمويل .. والدراسات السياسية .. الخ . وتعنى دول أخرى بالمشروعات مباشرة كالسوق الاوربية وفرنسا والبلاد العربية ، فان للعلاقات المصرية الألمانية قاعدة مشتركة من منتديات الحوار حول التخطيط للتنمية ، بدءا من مؤسسة خاصة لهذا الغرض تصدر مجلة خاصة يشرف عليها الدكتور يحى أبو بكر ومرورا بمراكز النيل للاعلام والتعليم والاتصال المنتشرة فى وزارة الاعلام ودوراتها المختلفة ، والمشاركات المستمرة للهيئات الألمانية فى الندوات المصرية .. ربما آخرها الندوة المصرية الألمانية حول دور الممارس العام فى الخدمة الصحية فى مصر والتى أقيمت فى طب قناة السويس (ابريل ١٩٨٧) .. الخ)** .

(المعنى الرابع) وربما كان سببا ظاهريا هو توافر قدر هام ومحدد من المعلومات عن الخدمات فى ألمانيا ..

....

الاهتمام بالصحة هو فى الاصل أمر يجب ان يهتم به ويقوم به كل فرد بنفسه . غير انه أيضا واجب من واجبات الدولة والمجتمع . ويجب ان تتاح لجميع المواطنين – بغض النظر عن أوضاعهم الاقتصادية – الفرصة للمحافظة على صحتهم ورعايتها وعلاجها . ولم يتم الوصول الى هذا الهدف تماما فى جمهورية ألمانيا الاتحادية بعد . غير ان هناك عملا ضخما يتم خطوة بعد أخرى للاقتراب من تحقيقه بصورة كاملة .

وما يهدد الصحة العامة فى ألمانيا هو ما يسمى بامراض المدنية ، فان أكثر من نصف الوفيات يرجع الى أمراض القلب والدورة الدموية ، ثم السرطان . ولم يعد السل ـ الذى كان منذ بضع عشرات من السنين « مرضا شعبيا » ـ يلعب دورا يذكر الآن .

الأطباء والمستشفيات

يوجد فى جمهورية ألمانيا الاتحادية حوالى ١٣٠٠٠٠ طبيب بشرى و٣٢٠٠٠ طبيب أسنان ، أى أن هناك طبيب واحد مقابل كل ٤٦٥ مواطنا ، وطبيب أسنان مقابل كل ١٩١٦ مواطنا ، وتعد جمهورية ألمانيا الاتحادية بذلك من أحسن الدول التى تتوفر فيها الرعاية الطبية فى العالم ، غير ان توزيع الرعاية ليس متساويا فى كل مكان ، وهذا ما ينطبق بوجه خاص على توزيع الأطباء الممارسين المستقلين الذين يكونون العمود الفقرى للرعاية الطبية بأكملها (حوالى نصف الأطباء يعملون فى عيادات حرة ، والنصف الآخر فى المستشفيات والادارات الصحية) . وكثيرا ما ينقص عدد الأطباء فى الأرياف وضواحى المدن . ولما كان من المستحيل اجبار طبيب على فتح عيادة له فى مكان معين ، فان السلطات المحلية تسعى لجذب الأطباء اليها بتقديم عروض جذابة مغرية . كما يجرى التفكير فى امكان توزيع الأطباء بشكل أفضل بالطرق القانونية .

وفى جمهورية ألمانيا الاتحادية ٣٥٠٠ مستشفى تضم ٧٣٠٠٠٠ سرير ، أى أن هناك سرير واحد مقابل كل ٨٤ مواطنا . وتحتل جمهورية ألمانيا الاتحادية بذلك مكانة عالية بالمقارنة بالدول الأخرى فى العالم . ويعود الفضل بشكل خاص فى توفر المستشفيات اليوم الى قانون تمويل المستشفيات الصادر عام ١٩٧٢ ، والذى تساهم الحكومة الاتحادية بمقتضاه فى نفقات المستشفيات بمليار مارك كل عام . وتتلقى المستشفيات الأموال اللازمة لها من الدول والبلديات (أكثر من نصف عدد الأسرة) والاتحادات الخيرية (أكثر من الثلث) والمؤسسات والهيئات الخاصة .

الرعاية الصحية

يلقى المبدأ القديم القائل بأن « الوقاية خير من العلاج » أهمية مطردة فى اطار سياسة الصحة العامة . اذ يجب على الفرد ان يتعلم تحمل المسئولية الخاصة فى المحافظة على صحته وتحسينها وحماية نفسه من كل ما يعرضه للأخطار الصحية . وتوجد فى العديد من المجالات فحوص وكشوف وقائية اجبارية ، يبدأ أولها عند وضع المولود الجديد فى المستشفى . ويقدم التأمين الصحى القانونى سبعة فحوص اجبارية اخرى حتى سن الرابعة . ويخضع تلاميذ المدارس لرقابة واشراف الطبيب البشرى وطبيب الاسنان بالمدرسة باستمرار . كما يتحتم على الشباب اجراء فحص طبى شامل قبل البدء فى الحياة المهنية . وتفرض بعض الولايات اجراء فحوص أشعة منتظمة للتعرف المبكر على الاصابة بالسل .

ويلعب التعرف المبكر على الاصابة بالسرطان دورا هاما فى علاج هذا المرض ومكافحته . ويقوم التأمين الصحى القانونى منذ بضع سنوات بتحمل نفقات الفحص الوقائى السنوى ضد أنواع معينة من السرطان ، ويحق للسيدات اجراء هذا الفحص السنوى ابتداء من سن الثلاثين والرجال ابتداء من الخامسة والثلاثين . وللأسف فانه لا يحرص على الاستفادة من هذه الامكانية الوقائية المجانية حتى الآن سوى ٣٥٪ من النساء و١٨٪ من الرجال . ولا يزال برنامج التعرف المبكر على الأمراض محتاجا الى المزيد من التطور والتوسع . فانه لا توجد فحوص وقائية لعدد كبير من الأمراض بعد ، ويرجع ذلك الى حد كبير الى ضخامة النفقات التى تقف عقبة فى هذا الطريق .

النفقات الصحية

يثير تطور النفقات الصحية وزيادتها المستمرة قلقا كبيرا لدى المسئولين . وهنا يبدو بوضوح الجانب الآخر لهذا التطور الايجابى . فان الرعاية الصحية الآن أفضل مما كانت عليه فى أى يوم مضى ، ويملك الأطباء والمستشفيات اليوم احدث الأجهزة والمنشئات التكنيكية . كما ان التأمين الصحى الذى كان لا يدفع فى الماضى سوى النفقات الضرورية فقط ، أصبح يتحمل اليوم ايضا نفقات انجازات طبية باهظة التكاليف . ولقد اصبحت جميع هذه الانجازات من الأمور الطبيعية البديهية ، اذ ان نظرة الانسان الى الصحة والمرض قد تغيرت . واليوم يحتل الاهتمام بالصحة ورعايتها المركز الأول فى قائمة الاحتياجات الضرورية لدى مواطن جمهورية ألمانيا الاتحادية . ويتصل هذا بقوة بفكرة ان المرء يجب أن يكون سليما للغاية وفى أعلى الدرجات جسديا وصحيا حتى يتمكن من الجلد والصمود والنجاح فى حياة العمل .

وكانت نتيجة هذا كله ان زادت النفقات فى مجال الصحة بقدر كبير . وعلى سبيل المثال فقد زادت نفقات التأمين المحلى المقدمة للعلاج فى المستشفيات فى خلال الفترة من ١٩٦١ الى ١٩٧٥ الى التسعة أضعاف ، ونفقات علاج الاسنان الى العشرة أضعاف ، وكان لابد بالتالى ان تزيد قيمة اقساط التأمين الصحى فى خلال هذه الفترة الى الضعف ايضا .

ويتم اليوم انفاق حوالى ١٤٪ من مجموع الدخل القومى فى مجال الصحة . اى أن كل مواطن ألمانى ينفق على صحته فى العام ما يعادل حوالى دخل شهر ونصف شهر . ويخشى على صحته فى العام ما يعادل حوالى دخل شهر ونصف شهر . ويخشى اذا ما استمر هذا الصعود المستمر فى النفقات ان تصل نفقات الرعاية الصحية فى عام ٢٠٠٠ الى ٦٠٪ من الدخل القومى . ولتفادى هذا التطور الخطير اتخذت الحكومة الاتحادية عام ١٩٧٧ عدة اجراءات قانونية تهدف الى ايقاف زيادة النفقات . غير ان هذا يتطلب أيضا توفر الرغبة الصادقة والنية الطيبة والقدرة على التنظيم لدى جميع الأطراف المشتركة ، مع عدم التنازل عن شىء من المستوى الرفيع الذى وصلت اليه الرعاية الصحية اليوم .

[٢٧] طب الطوارىء

لو أراد وزير جديد للصحة فى مصر أن يستقصى آراء الحكماء فيما ينبغى عليه تركيز جهده فيه ليخلد اسمه ويرضى ضميره لأجمع هؤلاء الحكماء على النصيحة له بالاهتمام بطب الطوارىء .

فمما لاشك فيه أن **طب الطوارىء هو الواجب الأول والأخير لوزارة الصحة نحو مواطنيها** ، ومما لاشك فيه كذلك أن يعانى فى بلادنا من أزمة ، ومما لاشك فيه أنه لو كان للدولة — أى دولة — أن تتخلى عن مسئولياتها العلاجية واحدة بعد أخرى ، فسوف تبقى عليها وعلى عاتقها مسئولية هذا الجانب .

وليس من الصعب تحقيق نجاح مبهر فى هذا الجانب الهام من جوانب الرعاية الصحية إذا ما التفت إليه مسئول كبير لفترة معقولة من الزمن .

فعندنا من **المؤسسات الطبية العدد الكافى والموزع جيدا للتصدى لهذه الخدمة** ، وعندنا بالطبع **الكفاءات البشرية والخبرات الطويلة فى هذا المجال** ، وليست تكاليف تحسين هذا الجانب بذات الخاصية من صعوبة التدبير مع الاعتمادات الضخمة المتوفرة فعلا .

انما تكمن المشكلة فى جانبين :

الجانب الأول تنظيمى

والجانب الثانى فنى

فأما الجانب التنظيمى فيمكن تلخيص مشكلاته على النحو التالى :

(١) أن **طب الطوارىء لم يصبح حتى الآن تخصصا مستقلا** فى بلد تعبد التخصص فى شهاداتها وهياكلها الوظيفية ، وانما هو مرحلة ترانزيت ، يتولاها الامتياز فى المستشفيات الصغرى ، ويتناوب عليه الأطباء المقيمون بالشهور فى قصر العينى ، وبعض (وليس كل) المستشفيات الجامعية ... وأقصى ما وصل إليه من اهتمام يتمثل فى مستشفى عسكرى عظيم يتناوب عليه فيه الأطباء الكبار مرة كل شهر أو كل خمسين يوما ..

(٢) **أن المهمة الموكولة إلى أقسام الاستقبال فى النظام الصحى المصرى لا تتعدى تحويل الحالات إلى الأقسام الأخرى** ، ولم ينشأ بعد القسم المختص بالانتهاء من كل الطوارىء اللهم إلا فى التجربة الممتازة (التى لم تكتمل صورها الجميلة بعد) فى الاستقبال الجديد للقصر العينى الجديد على النيل .

(٣) **أنه حتى فى الكليات التى خصصت وظائف نيابات للاستقبال (وهى طب المنصورة) أو للطوارىء** (كالاسكندرية والأزهر) **فإن الدراسات العليا لهؤلاء النواب غير متوفرة** ، ولهذا فان لهم الاختيار الذى يجعلهم يختارون الباطنة أو الجراحة أو القلب .. الخ (حتى الرمد ..)

(٤) **أن حلقة الاتصال بين مراكز الاسعاف والمستشفيات المحلية** من أضعف ما يمكن .

(٥) **أن العاملين فى حقل الاسعاف** (فنيى الاسعاف) **فى تناقص مستمر** ، وفى وضع سىء .

(٦) **أن المسئولية** فى علاج حالات الحوادث والاصابات **غير محددة** ، **فلا توجد** (مداخل ومخارج) عمليات العلاج .

(٧) أن طب الطوارىء لا يحظى بأية مكانة على الاطلاق فى **مناهج التعليم الطبى الاكلينكى** .

(٨) **أن أقسام الاستقبال وما إليها ليست مجهزة (ولا ينتظر تجهيزها)** لأداء وظيفتها بسرعة وبطريقة مثلى ..... الخ)

وربما يكمن الحل فى إعطاء مزيد من **الاهتمام على كل المستويات بهذه المشكلة** ، ولكن هذا لن يحقق إلا تقدما قل أو كثر .. بينما المطلوب هو رقى شامل وطفرة ملموسة بواجهة النظام الطبى المصرى الذى لابد أن يحظى منا فى هذا الجانب بكل اهتمام .

وأظن أن **النقاط الثمانية التى ذكرتها تشكل محورا لوضع خطة للنهوض بطب الطوارىء على ضوء تجارب الدول السابقة علينا فى هذا المجال** ، **والتى لابد أن نستفيد بها أقصى ما يمكن .. على الطريق .. وعلى الشاطىء .. وفى الحريق .**

[٢٨] التعضى فى كليات الطب | الأقسام |

على حين نجد أقسام الكليات الجامعية فى مصر متقاربة إلى حد كبير ، فان الحال فى كليات الطب يبدو غير ذلك من أول نظرة ، ولكن حقيقة الأمر أن الأقسام فى هذه الكليات هى هى مع اختلاف فى الاندماج أو الاتحاد بين بعض الأقسام بعضها وبعض ، تماما كما يحدث فى التشكيلات الوزارية حين نجد وزيرا للتعليم يتولى وزارتى التربية والتعليم والتعليم العالى (كالدكتور أحمد فتحى سرور فى وزارة عاطف صدقى، ومعه عادل عز للبحث العلمى) ، أو وزيرا للتعليم العالى والبحث العلمى (كالدكتور فتحى محمد على فى وزارة الدكتور على لطفى ومعه منصور حسين للتربية والتعليم) ، أو وزيرا للتعليم والبحث العلمى والثقافة أى انه يتولى أربع وزارات (كالدكتور حسن اسماعيل) ، أو وزيرا للتعليم والبحث العلمى (كالدكتور مصطفى كمال حلمى بعد أن تجمعت الوزارات عنده) ، أو أن يكون هناك لكل وزارة من هاتيك الوزارات وزير مختص بها وحدها كالحال فى وزارة على صبرى عام ١٩٦٤ .

ومثل هذا فى وزارت الصناعة ، والبترول ، والثروة المعدنية ، والكهرباء أو النقل والمواصلات والنقل البحرى ....الخ) .

هذه الصورة هى تقريبا ذات الصورة فى أقسام كليات الطب حين تنضم الأقسام على مستوى الرئاسة .. من دون أن يعنى ذلك ذوبان التخصصات فى بعضها ، وبحيث يكون واضحا للعاملين فى الحقل الطبى أن مسألة [الانضمام] مسألة إدارية فقط .

وقد نص قانون الجامعات الصادر عام ١٩٧٠ على أن يكون هناك ما يسمى بنائب لرئيس القسم لشئون التخصص ، فى الأقسام الكبيرة التى تضم عددا من التخصصات ، وأن تكون لهذا النائب نفس صلاحيات رئيس القسم فيما يتعلق بالتخصص الذى يمثله ، ومع أن هذا النص لا يطبق بصورة روتينية فى استصدار هذا القرار واضفاء هذا المسمى إلا إنه فى الواقع فى كليات الطب مطبق تماما ، وبقواعد العرف والأخلاق .

وتتباين التقسيمات المختلفة لكليات الطب ، فى عددها ، وفى طريقة التقسيم من كلية إلى أخرى :

(١)	طب القاهرة	٢٠ قسما
(٢)	الاسكندرية	٢٠ قسما
(٣)	عين شمس	٢٨ قسما
(٤)	أسيوط	١٨ قسما
(٥)	طنطا	٢١ قسما
(٦)	المنصورة	٢٠ قسما
(٧)	الأزهر بنين	٢٧ قسما
(٨)	الزقازيق	٢٣ قسما
(٩)	الأزهر بنات	٢٣ قسما
(١٠)	بنها	٢٢ قسما
(١١)	قناة السويس	١٣ قسما
(١٢)	المنوفية	٩ أقسام

(١٣)	المنيا	١٩ قسما

على هذا يمكن القول ان أقصى ما يمكن لكليات الطب المصرية تبعا لنظام التوسع فى اللوائح بناء على اللوائح السابقة للكليات الأخرى أن تصل إليه من أقسام هو ٣٣ قسما هى :

(١ ـ ٨) ثمانية أقسام أكاديمية .
٩ ـ الطب الشرعى
١٠ ـ الصحة العامة
١١ ـ الأشعة التشخيصية
١٢ ـ الأشعة العلاجية
١٣ ـ الباثولوجيا الاكلينيكية
١٤ ـ الجراحة العامة
١٥ ـ جراحة القلب والصدر
١٦ ـ جراحة المخ والأعصاب
١٧ ـ جراحة العظام
١٨ ـ جراحة المسالك البولية
١٩ ـ الرمد
٢٠ ـ الأنف والأذن والحنجرة
٢١ ـ النساء والولادة
٢٢ ـ الباطنة العامة
٢٣ ـ أمراض القلب والأوعية الدموية
٢٤ ـ الأمراض العصبية
٢٥ ـ الأمراض النفسية
٢٦ ـ الأمراض الصدرية
٢٧ ـ الطب الطبيعى
٢٨ ـ الأمراض الجلدية
٢٩ ـ الأمراض التناسلية
٣٠ ـ الأمراض المتوطنة
٣١ ـ التخدير
٣٢ ـ الأطفال
٣٣ ـ الممارسة العامة

وهذه الأقسام موجودة بالفعل فى الجامعات المصرية .

ومع التطور الذى يتم حاليا فان هناك امكانية نشأة أقسام جديدة على النحو الآتى :

(١) قسم جراحة الأوعية الدموية ، وهو يكاد يكون منفصلا فى إطار قسم الجراحة العامة فى بعض كليات الطب ، بل وفى المستشفى العسكرى !!
(٢) قسم جراحة الأطفال ، وهو منفصل فعليا تماما فى قصر العينى وفى الاسكندرية ، حتى فى الأسرة التى توجد فى مستشفيات الأطفال .
(٣) قسم الغدد الصماء : وفى طب بنات الأزهر طب عين شمس وحدات متخصصة ، وأساتذة حريصون على تخصصهم فى هذا المجال ، وقد ووفق لطب عين شمس على منح درجات علمية فى هذا المجال .
(٤) قسم أمراض الجهاز الهضمى .
(٥) قسم جراحة الجهاز الهضمى .
(٦) قسم طب الصناعات .
(٧) قسم السموم .
(٨) قسم جراحة التجميل .
(٩) ينقسم قسم الباثولوجيا الاكلينيكية إلى قسمين : الباثولوجيا الاكلينيكية والكيميائية .
(١٠) الوراثة .
(١١) جراحة الأورام .
(١٢) وحدة السمعيات .
(١٣) فسيولوجيا الجهاز العصبى .
(١٤) الرعاية المركزة (وفى قصر العينى وحدة لرعاية الحالات الحرجة على أعلى مستوى من الكفاءة والتنظيم) .
(١٥) علم الخلية ، وعلم الأجنة .
(١٦) طب المجتمع وطب البيئة
(١٧) قسم الجراحة التجريبية : وقد كان هناك كرسى للجراحة التجريبية شغله الدكتور حسن على إبراهيم منذ ١٩٦٢ فى كلية طب قصر العينى ، وكان هناك اهتمام مماثل بتخصص الباطنة التحريبية تولاه الأستاذ الدكتور عبد الوهاب الشيمى أستاذ الفسيولوجيا .
(١٨) قسم جراحة التجميل والحروق وهكذا ....

وحتى عام ١٩٧٠ كانت أقسام كلية طب قصر العينى على النحو الآتى :ـ

(١) **الفسيولوجيا** ويشمل أيضا الأقرباذين والكيمياء الحيوية
(٢) **التشريح والهستولوجيا**
(٣) **البثالوجيا** ويشمل أيضا البثالوجيا الاكلينيكية والكيمائية أيضا ، والبكتريا .
(٤) **الصحة العامة والطب الوقائى وطب الصناعات**
(٥) **الطب الشرعى**
(٦) **طب الأمراض المتوطنة** : ويشمل الأمراض المتوطنة والطفيليات
(٧) **قسم الأمراض الباطنة** ويشمل الأمراض الباطنة ، وأمراض القلب

(٨) **قسم الأمراض الباطنة الخاصة** : ويشمل الأمراض الصدرية ، والتناسلية ، والعصبية ، والجلدية ، والصدرية ، والنفسية .
(٩) **قسم أمراض الاطفال** .
(١٠) **قسم الجراحة** : ـ ويشمل الجراحة التجريبية ، وجراحة التجميل ، والتخدير .
(١١) **قسم الجراحة الخاصة** : ويشمل المسالك البولية ، وجراحة العظام وجراحة القلب والصدر وجراحة الاعصاب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة .
(١٢) **قسم التوليد و أمراض النساء** : ـ
(١٣) **قسم الرمد** : ـ
(١٤) **قسم الأشعة** : ـ ويشمل التشخيص والعلاج بالأشعة .

وفى ١٩٨٦ فإن كلية طب قصر العينى تضم الأقسام الآتية :ـ

(١) قسم التشريح
(٢) قسم الهستولوجيا
(٣) قسم الفسيولوجيا
(٤) قسم الكيمياء الحيوية
(٥) قسم الباثولوجيا
(٦) قسم الفارماكولوجيا
(٧) قسم البكتريا والطفيليات
(٨) قسم الجراحة العامة
(٩) قسم الجراحة الخاصة
(١٠) قسم التخدير
(١١) قسم الأمراض الباطنة العامة
(١٢) قسم الأمراض الباطنة الخاصة
(١٣) قسم القلب والصدر وجراحتهما
(١٤) قسم الرمد
(١٥) قسم الأشعة
(١٦) قسم النساء والتوليد
(١٧) قسم الطب الشرعى
(١٨) قسم الصحة العامة بطب الصناعات
(١٩) قسم الاطفال
(٢٠) قسم الباثولوجيا الاكلينيكية

وتضم كلية طب الاسكندرية الأقسام التالية :ـ

١ ـ قسم التشريح
٢ ـ قسم الهستولوجيا
٣ ـ قسم الفسيولوجيا
٤ ـ قسم الكيمياء الحيوية
٥ ـ قسم الباثولوجيا
٦ ـ قسم الفارماكولوجى (الأدوية)
٧ ـ قسم البكتريوجيا
٨ ـ قسم الطفيليات
٩ ـ قسم الجراحة ويشمل : (الجراحة العامة ـ المسالك البولية ـ جراحة العظام ـ جراحة المخ والاعصاب) .
١٠ ـ قسم التخدير
١١ ـ قسم الأنف والأذن والحنجرة
١٢ ـ قسم الأمراض الباطنة ويشمل :
(الأمراض الباطنة العامة ـ الأمراض الصدرية ـ الأمراض العصبية والنفسية أمراض المناطق الحارة) .
١٣ ـ قسم الباثولوجيا الاكلينيكية .
١٤ ـ قسم الأمراض الجلدية والتناسلية .
١٥ ـ قسم التوليد وامراض النساء .
١٦ ـ قسم طب الاطفال .
١٧ ـ قسم طب العين وجراحتها .
١٨ ـ قسم الاشعة ويشمل : (الأشعة التشخيصية والعلاجية والعلاج الطبيعى ـ والطب النووى) .
١٩ ـ قسم طب المجتمع (ويشمل الصحة العامة والطب الوقائى والاجتماعى) .
٢٠ ـ قسم الطب الشرعى والسموم وطب الصناعات والصحة المهنية .

وفى كلية طب عين شمس يرتفع عدد الأقسام إلى ٢٨ قسما على النحو التالى :ـ

١ ـ قسم التشريح
٢ ـ قسم الفسيولوجى
٣ ـ قسم الهستولوجى
٤ ـ قسم الكيمياء الحيوية
٥ ـ قسم الباثولوجى
٦ ـ قسم الفارماكولوجى
٧ ـ قسم الطفيليات
٨ ـ قسم البكتريولوجى
٩ ـ قسم الطب الشرعى
١٠ ـ قسم طب المجتمع
١١ ـ قسم الجراحة العامة
١٥ ـ قسم الانف والاذن والحنجرة
١٦ ـ قسم الرمد
١٧ ـ قسم التخدير
١٨ ـ قسم الامراض الباطنة
١٩ ـ قسم الامراض العصبية والنفسية
٢٠ ـ قسم الصدر
٢١ ـ قسم القلب والأوعية الدموية
٢٢ ـ قسم طب المناطق الحارة
٢٣ ـ قسم الامراض الجلدية والتناسلية
٢٤ ـ قسم التوليد وامراض النساء
٢٥ ـ قسم الاطفال

١٢ ــ قسم جراحة القلب والصدر
١٣ ــ قسم المسالك البولية
١٤ ــ قسم العظام
٢٦ ــ قسم الباثولوجيا الاكلينيكية
٢٧ ــ قسم الاشعة التشخيصية
٢٨ ــ قسم الاشعة العلاجية والطب النووى

كلية طب طنطا

وقد تضمن القرار الوزارى رقم ٨٩١ الصادر بلائحة طب طنطا أن تكون أقسام الكلية على النحو التالى : ــ

١ ــ **قسم التشريح والهستولوجيا**
ويشمل الوحدات (الانسجة والميكرسكوب الالكترونى ــ الشكل والانثروبولوجى ــ الأجنة والوراثة ــ تشريح الاعصاب ــ الخلية كيمياء الانسجة) .
٢ ــ **قسم الفسيولوجى (علم وظائف الاعضاء)**
ويشمل الوحدات (وحدة فسيولوجيا الغدد ــ الجهاز العصبى)
٣ ــ **قسم الكيمياء الحيوية**
ويشمل الوحدات (وحدة كيمياء المناعة ــ كيمياء السرطان ــ كيمياء البيئة ــ كيمياء إكلينيكية ــ كيمياء حيوية ــ تغذية ــ كيمياء جهاز عصبى) .
٤ ــ **قسم الباثولوجى (علم الامراض)**

ويشمل الوحدات (هستوكمسترى ــ أمبونوباثولوجى ــ سيتولوجى باثولوجيا جراحية ــ باثولوجيا تجريبية) .
٥ ــ **قسم البكتريولوجى**
ويشمل الوحدات (الفيروسات ــ الفطريات ــ المناعة) .
٦ ــ **قسم الطفيليات**
ويشمل الوحدات (وحدة الخلية ــ الديدان الطبية ــ الحشرات) .
٧ ــ **قسم الجراحة العامة**
ويشمل الوحدات (التجميل والحروق ــ الجهاز الهضمى والمناظير ــ الجراحة التجريبية ــ جراحة الاطفال ــ الطوارىء) .
٨ ــ **قسم الجراحة الخاصة ويشمل :ــ**
وحدة العظام وتشمل ما يلى (جراحة اليد ــ المفاصل الصناعية ــ شلل الاطفال) وحدة المسالك البولية وتشمل ما يلى (القصور الكلوى ــ ديناميكية الجهاز البولى) ــ وحدة جراحة الاعصاب ــ وحدة جراحة الصدر والقلب .

٩ ــ **قسم الباطنة العامة**
ويشمل الوحدات (الجهاز الهضمى والكبد ــ الكلى ــ الغدد الصماء ــ الروماتيزم الابيض) .
١٠ ــ **قسم الباطنة الخاصة**
ويشمل الوحدات (العصبية ــ الامراض المتوطنة ــ الامراض الصدرية ــ القلب ــ الطب الطبيعى) .
١١ ــ **قسم الجلد والتناسليات**
ويشمل الوحدات (الجلدية ــ تناسلية وعقم ــ الجذام) .
١٢ ــ **قسم طب الاطفال**
ويشمل الوحدات (مبتسرين ــ الروماتيزم) .
١٣ ــ **قسم طب العين**
١٤ ــ **قسم الانف والاذن والحنجرة**
ويشمل الوحدات (سمعيات وكلام ــ الفك والوجه) .
١٥ ــ **قسم الأشعة**
ويشمل الوحدات (الأشعة التشخيصية ــ العلاج ــ الطب النووى)
١٦ ــ **قسم الصحة العامة**
ويشمل الوحدات (طب الصناعات ــ الطب الوقائى ــ طب البيئة)
١٧ ــ **قسم الطب الشرعى والسموم**
١٨ ــ **قسم النساء والولادة**
ويشمل الوحدات (الاورام والخلايا ــ غدد صماء النساء والولادة ــ رعاية الحمل والطفل حديث الولادة) .
١٩ ــ **قسم الباثولوجيا الاكلينيكية**
٢٠ ــ **قسم التخدير**
٢١ ــ **قسم الفارماكولوجيا**

وتضم كلية طب المنصورة الأقسام الآتية :ــ

١ ــ التشريح والهستولوجيا
٧ ــ الادوية

٢ ــ الفسيولوجيا
٣ ــ الكيمياء الحيوية
٤ ــ الباثولوجيا
٥ ــ الميكروبيولوجيا
٦ ــ الطفيليات
٨ ــ الباثولوجيا الاكلينيكية
٩ ــ الطب الشرعى
١٠ ــ الصحة العامة
١١ ــ الجراحة
١٢ ــ التخدير
١٣ ــ الجراحة الخاصة يشمل (العظام والمسالك وجراحة القلب والصدر)
١٤ ــ الباطنة العامة (تشمل : الطب الطبيعى)
١٥ ــ الباطنة الخاصة (وتشمل الصدرية ، العصبية ، النفسية ، الجلدية)
١٦ ــ الانف والاذن والحنجرة
١٧ ــ طب وجراحة العيون
١٨ ــ النساء والتوليد
١٩ ــ الاطفال
٢٠ ــ الاشعة

أما الاقسام فى كلية طب الأزهر فهى على النحو الآتى :-

١ ــ قسم التشريح
٢ ــ قسم الفسيولوجيا
٣ ــ قسم الهستولوجيا
٤ ــ قسم الكيمياء الحيوية
٥ ــ قسم الفارماكولوجى
٦ ــ قسم البكتريولوجى
٧ ــ قسم الطفيليات
٨ ــ قسم طب وجراحة العيون
٩ ــ قسم الطب الشرعى والسموم
١٠ ــ قسم الجراحة العامة
١١ ــ قسم أمراض الباطنة العامة
١٢ ــ قسم جراحة العظام
١٣ ــ قسم الانف والأذن والحنجرة
١٤ ــ قسم الجلدية والتناسلية والعقم
١٥ ــ قسم الأشعة
١٦ ــ قسم الباثولوجيا الأكلينيكية
١٧ ــ قسم جراحة المسالك البولية
١٨ ــ قسم الامراض النفسية والعصبية
١٩ ــ قسم الامراض الصدرية
٢٠ ــ قسم الامراض المتوطنة
٢١ ــ قسم التخدير
٢٢ ــ قسم العلاج الطبيعى
٢٣ ــ قسم النساء والتوليد
٢٤ ــ قسم طب الاطفال
٢٥ ــ قسم أمراض القلب
٢٦ ــ قسم الصحة العامة وطب المجتمع
٢٧ ــ قسم الباثولوجيا

أما أقسام كلية طب الزقازيق فهى على النحو الآتى :-

١ ــ التشريح
٢ ــ الهستولوجى
٣ ــ الفسيولوجى
٤ ــ الكمياء الحيوى
٥ ــ الباثولوجى
٦ ــ البكتريولوجى
٧ ــ الطفيليات
٨ ــ الجراحة العامة
٩ ــ الجراحة الخاصة :ــ
أ ــ جراحة العظام
ب ــ جراحة المخ والأعصاب
١٠ ــ الباطنة العامة
١١ ــ الباطنة الخاصة :
أ ــ القلب
ب ــ العصبية
جـ ــ النفسية
د ــ الصدرية
هـ ــ المستوطنة
و ــ الطب الطبيعى
١٢ ــ الجلدية والتناسلية
١٣ ــ طب الأطفال
١٤ ــ طب العين
١٥ ــ الأنف والأذن والحنجرة
١٦ ــ الأشعة
١٧ ــ الصحة العامة
١٨ ــ الطب الشرعى
١٩ ــ التوليد والنساء
٢٠ ــ الباثولوجى الاكلينكى
٢١ ــ التخدير
٢٢ ــ الفارما كولوجى
٢٣ ــ المسالك البولية

أما فى كلية طب بنات الأزهر :-

١ ـ التشريح
٢ ـ الهستولوجيا
٣ ـ الفسيولوجيا
٤ ـ الكيمياء الحيوية
٥ ـ الميكروبيولوجى
٦ ـ الطفيليات
٧ ـ الباثولوجيا
٨ ـ الفارماكولوجيا
٩ ـ الباثولوجيا الاكلينيكية
١٠ ـ الصحة العامة
١١ ـ الأشعة
١٢ ـ الطب الشرعى
١٣ ـ التخدير
١٤ ـ الباطنة العامة
١٥ ـ الباطنة الخاصة
١٦ ـ الجلدية
١٧ ـ الأطفال
١٨ ـ الجراحة العامة
١٩ ـ الجراحة الخاصة
٢٠ ـ جراحة العظام
٢١ ـ جراحة الأنف والأذن والحنجرة
٢٢ ـ الرمد
٢٣ ـ النساء والتوليد

وفى كلية طب قناة السويس فإن الأقسام على النحو التالى :-

١ ـ التشريح (ويشمل وحدات التشريح والأنسجة وعلم الاجنة وعلم الخلية) .
٢ ـ وظائف الاعضاء .
٣ ـ الكيمياء الحيوية .
٤ ـ علم الأمراض .
٥ ـ علم الادوية والعلاجيات .
٦ ـ الميكروبيولوجيا والطفيليات (ويشمل وحدات البكتريولوجيا ـ الفيرولوجيا ـ الطفيليات والمناعة) .
٧ ـ الجراحة (تشمل التخصصات التالية : جراحة العظام ـ جراحة الاعصاب ـ جراحة القلب والصدر ـ جراحة المسالك البولية ـ جراحة التجميل والحروق ـ جراحة السرطان ـ جراحة الأطفال ـ التخدير والعناية المركزة) .
٨ ـ أمراض النساء والتوليد .
٩ ـ طب العيون وجراحتها .
١٠ ـ الأمراض الباطنة (وتشمل : تخصصات الأمراض الصدرية ـ الأمراض العصبية ـ الأمراض النفسية ـ الأمراض المعدية ـ الأمراض الجلدية ـ الامراض التناسلية ـ الطب الطبيعى ـ أمراض القلب والأوعية الدموية ـ التحاليل الطبية ـ طب الطوارىء ـ الأشعة والطب النووى والطب الشرعى).
١١ ـ الأطفال (وتشمل تخصصات حديثى الولادة والوراثة)
١٢ ـ طب المجتمع (ويشمل وحدات العلوم السلوكية)
١٣ ـ الممارسة العامة

أقسام كلية طب المنوفية :-

١ ـ العلوم الطبية والاساسية التطبيقية
٢ ـ الباثولوجيا الاكلينكية
٣ ـ الجراحة العامة والخاصة والتخدير
٤ ـ الباطنة العامة والخاصة
٥ ـ طب وجراحة العيون
٦ ـ النساء والتوليد
٧ ـ طب الأطفال
٨ ـ طب المجتمع والبيئة وطب الصناعات
٩ ـ الأشعة

أما أقسام كلية طب المنيا فهى على النحو التالى :-

١ ـ التشريح
٢ ـ الهستولوجى
٣ ـ الفسيولوجى
٤ ـ الكيمياء الحيوية
٥ ـ البكتريولوجيا
١١ ـ التخدير
١٢ ـ الجراحة العامة
١٣ ـ جراحة العظام
١٤ ـ المسالك البولية
١٥ ـ الأطفال

٦ ـ الفارما كولوجيا
٧ ـ الباثولوجيا
٨ ـ الباثولوجيا الاكلينكية
٩ ـ الصحة العامة
١٠ ـ الطب الشرعى
١٦ ـ النساء والتوليد
١٧ ـ الرمد
١٨ ـ الباطنة العامة
١٩ ـ الأنف والأذن والحنجرة

الاختلافات فى التقسيم

(١) تنفرد كلية طب المنوفية بأنها جمعت كل الاقسام الاكاديمية فى قسم واحد تحت مسمى قسم العلوم الطبية الاساسية التطبيقية ويضم هذا القسم كافة الاقسام الاكاديمية .

(٢) على حين تأخذ بعض الكليات بمبدأ الجمع بين علمى التشريح والانسجة فى قسم واحد فإن بعضها يؤثر الفصل بين القسمين .
والكليات التى تجمع هذين العلمين هى :ـ طنطا ، المنصورة .
أما الكليات التى أثرت الفصل بينهما فهى : القاهرة ، عين شمس ، الاسكندرية ، أسيوط الأزهر بنين وبنات ، والزقازيق ، وبنها
أما فى كلية طب قناة السويس فإن مسمى القسم التشريح ويشمل التشريح والهستولوجيا والاجنة وعلم الخلية .

(٣) يستقل قسم الفسيولوجيا فى كل الكليات بنفسه ، وفى الماضى كان هذا القسم يضم أيضا علمى الكيمياء الحيوية ، والاقرباذين (الفارما كولوجيا) فى بعض الاحايين .

(٤) يستقل قسم الكيمياء الحيوية بنفسه أيضا فى كل الكليات .

(٥) يستقل قسم الفارماكولوميا بنفسه أيضا فى كل الكليات .

(٦) تنفرد كلية طب أسيوط بوجود قسم الباثولوجيا والباثولوجيا الاكلينكية معا فى قسم واحد فى حين أن باقى الكليات تأخذ بمبدأ الفصل بين القسمين ، اللذين يستقل كل منهما فى جميع الكليات ، فيما عدا طب قناة السويس التى يوجد فيها قسم للباثولوجيا بينما توجد وحدة فى قسم الأمراض الباطنة للباثولوجيا الاكلينكية .. اما كلية طب المنوفية فتضم قسما للباثولوجيا الاكلينكية .

(٧) تأخذ بعض الكليات بمبدأ الجمع بين علمى البكتريا والطفيليات وتؤثر بعض الكليات الفصل بينهما :
والكليات التى تجمع بين القسمين هى القاهرة وأسيوط وقناة السويس اما الكليات التى تفصل بينهما فهى الاسكندرية وعين شمس وطنطا والمنصورة والأزهر بنين وبنات والزقازيق وبنها .
استثناء من كل ما تقدم فإن كلية طب المنوفية ـ مع حداثة انشائها ـ جمعت كل الأقسام الاكاديمية (التشريح والانسجة والفسيولوجى والكيمياء الحيوية والباثولوجيا والفارما كولوجيا والطفيليات والبكتريا) فى قسم واحد كما ذكرنا سمى بقسم العلوم الطبية الاساسية التطبيقية .
وعلى هذا الاساس فإن الحد الاقصى لعدد الأقسام الاكاديمية هو ثمانية أقسام والحد الأدنى ١ فى كلية واحدة ، ويرتفع هذا الحد إلى ٦ فى كلية طب قناة السويس .

(٨) يوجد للطب الشرعى قسم منفصل بكل الكليات فيما عدا قناة السويس حيث يتبع قسم الأمراض الباطنة فى هذه الكلية باعتباره طبا ، اما فى كلية طب الاسكندرية فإن هذا القسم يشمل أقسام الطب الشرعى والسموم وطب الصناعات والصحة المهنية !!! ومن الملاحظ أن التخصصين الآخيرين : طب الصناعات والصحة المهنية يتبعان فى كليات الطب الاخرى قسم الصحة العامة ، وهو وضع فريد بطب الاسكندرية ولا يوجد حتى الآن قسم للطب الشرعى فى كلية طب المنوفية .

(٩) يوجد فى جميع كليات الطب قسم خاص بعلوم الصحة العامة مع اختلاف مسمى هذا القسم فاحيانا يسمى بطب المجتمع وأحيانا بقسم الصحة العامة والطب الوقائى وطب المجتمع وهكذا ، ويلاحظ أن تخصصى طب الصناعات والصحة المهنية فى جامعة الاسكندرية يتبعان قسم الطب الشرعى والسموم .

(١٠) تنفرد جامعة قناة السويس بوجود قسم للممارسة العامة .

(١١) يستقل قسم التخدير بنفسه فى جميع الكليات ما عدا كلية طب قناة السويس حيث يتبع قسم الجراحة ، وفى الماضى كان هذا القسم أحيانا يتبع أقسام الجراحة العامة ، وأحيانا الجراحة الخاصة وأحيانا يستقل بنفسه .

(١٢) يختلف الوضع بالنسبة لقسم الاشعة :ـ
ففى كلية طب عين شمس يوجد قسمان متميزان أحدهما للأشعة التشخصية والثانى للأشعة العلاجية والطب الثورى .

وفى كلية طب قصر العينى يوجد قسم واحد يضم التخصصين :ـ التشخيصية والعلاجية ، ويتميز كل منهما فى أسرة المستشفيات ، ويضم الطب النووى إلى هذه الاقسام أيضا مع تميزه فى الالقاب العلمية لاعضاء هيئة التدريس .
وفى طب الاسكندرية يشمل قسم الأشعة التشخصية والعلاجية والطب الطبيعى والطب النووى ، وبهذا لم يبق قسم الطب الطبيعى منضما إلى قسم الأشعة الا فى الاسكندرية .
وقد كان فى طب قصر العينى حتى عهد قريب مثل هذا الوضع .
وفى كلية طب قناة السويس فإن قسم الاشعة يتبع قسم الأمراض الباطنة .

(١٣) يختلف وضع أقسام الانف والاذن والحنجرة على النحو الآتى :ـ
(أ) تأخذ معظم الكليات بمبدأ وجود قسم خاص للأنف والأذن والحنجرة وهذه الكليات هى الاسكندرية ، عين شمس ، طنطا ، المنصورة ، الأزهر بنين ، الزقازيق ، والأزهر بنات ، وبنها .
(ب) لا يزال قسم الأنف والاذن والحنجرة فى كلية طب قصر العينى تابعا لقسم الجراحة الخاصة ، ونفس الوضع فى طب أسيوط .

(جـ) فى كلية طب قناة السويس لا يزال قسم الأنف والاذن وحدة من وحدات قسم الجراحة الذى يشمل كل أقسام الجراحات العامة والخاصة .

(١٤) يستقل قسم الرمد بنفسه فى جميع كليات الطب ، ولا يختلف الامر الا فى مسماه الذى يتراوح بين طب العين وجراحتها ، والرمد .

(١٥) يستقل قسم النساء والتوليد بنفسه فى جميع كليات الطب .

(١٦) يوجد قسم خاص بالباثولوجيا الاكلينكية فى جميع كليات الطب ما عدا كلية طب أسيوط التى تضمه مع الباثولوجيا فى قسم واحد ، وطب قناة السويس التى تعتبره وحدة من وحدات الأمراض الباطنة .

على الرغم من وجود قسم الباثولوجيا الاكلينكية فى جميع كليات الطب ، فإنه فى كليه طب القاهرة ينقسم الى وحـدتين للبـاثولوجيا الاكلينكية والباثولوجيا الكيميائية

(١٧) لايوجد قسم مستقل لجراحة القلب والصدر إلا فى كلية طب عين شمس ، وفيما عدا ذلك فهو يتبع إما الجراحة العامة أو الخـاصة ، أما فى طب قصر العينى فيتبع قسم القلب والصدر وجراحتيهما .

(١٨) لم يستقل حتى الآن قسم جراحة الأطفال عن الجراحة العامة ، وفى كلية طب القاهرة والاسكندرية أقسام متميزة ولكنها لا تزال فى إطار الجراحة العامة ، ويرأس قسم الجراحة العامة فى طب قناة السويس أستاذ متخصص فى جراحة الاطفال ، كذلك فان وكيل كلية طب طنطا هو أستاذ جراحة الأطفال .

(١٩) فى الاسكندرية وكذلك الحال فى طب قناة السويس لايوجد إلا قسم واحد للجراحة تحت هذا المسمى ، ويضم وحدات الجـراحة العامة والخاصة كلها .

(٢٠) يوجد قسم للجراحة العامة (بهذا الاسم) فى كليات القاهرة ويضم جراحة الاطفال وجراحة التجميل أيضا عين شـمس ويضـم جراحة المخ والأعصاب أيضا .

وكذلك كما يوجد مثل هذا القسم فى أسيوط وفى طنطا وفى المنصورة وفى الأزهر بنين وفى الزقازيق وفى الأزهر بنات وفى بنها .

(٢١) تتميز أقسام للمسالك البولية فى كليات طب عين شمس والمنصورة والأزهر بنين والزقازيق وبنها ، وتتبع هـذه الأقسـام قسـم الجراحة الخاصة فى بقية الكليات فيما عدا الكليات التى تضم الجراحة الخاصة والعامة فى قسم واحد .

(٢٢) تتميز أقسام لجراحة العظام فى كليات طب عين شمس والمنصورة والأزهر بنين والأزهر بنات وبنها ، ويتبع هذه الاقسام قسـم الجراحة الخاصة فى بقية الكليات ، أوقسم الجراحة فى الكليتين المشار اليهما آنفا .

(٢٣) لايوجد قسم متميز لجراحة المخ والأعصاب فى أى من كليات الطب حتى الآن ولكن الملاحظ انه على حين يتبع هذا القسم أقسـام الجراحة الخاصة فى معظم الكليات فإنه يتبع قسم الجراحة العامة فى طب عين شمس ويعد هذا التخصص الوحيد فى عيـن شـمس الذى لم يستقل بقسم خاص . وفى طب الزقازيق لايضم قسم الجراحة الخاصة إلا هذا القسم مع قسم جراحة العظام .

(٢٤) يحمل قسم الجراحات فى طب المنوفية مسمى قسم الجراحة العامة والخاصة والتخدير .

(٢٥) تحت مظلة قسم الجراحة الخاصة يمكن لعدد كبير من الجراحات الخاصة ان يندرج على سبيل المثال فإنه فى طب القاهرة :ـ يشمل هذا القسم تخصصات :ـ

(أ) جراحة الأعصاب . (جـ) جراحة المسالك البولية .
(ب) جراحة العظام . (د) جراحة الأنف والحنجرة .

على حين أنه فى طب الزقازيق يشمل :
(أ) جراحة الاعصاب (ب) جراحة العظام فقط
وذلك بعد أن استقل كل من قسمى المسالك البولية والأنف والأذن والحنجرة فى تلك الكلية .
وفى الاسكندرية وطب قناة السويس لايوجد هذا القسم وتندرج الأقسام تحت الجراحة العامة .
وفى أسيوط يضم هذا القسم :ـ الأنف والأذن والمسالك البولية والعظام والطب الطبيعى !!

وفى طنطا يضم أقسام : العظام والمسالك وجراحة الاعصاب وجراحة الصدر والقلب . وفى المنصورة يوجد هذا القسم ويضـم أقسام المسالك والعظام وجراحة القلب والصدر .
وفى الأزهر بنين لا يوجد أيضا
وفى الأزهر بنات يوجد قسم جراحة خاصة بالاضافة إلى قسمين للجراحة العامة ولجراحة العظام .
وفى بنها لايوجد هذا القسم ويستقل قسمان للعظام والمسالك البولية .

(٢٦) يوجد قسم للباطنة فى الاسكندرية وقناة السويس ويضم جميع الاقسام المتعلقة بالطب الباطنى .
وفى قناة السويس يضم هذا القسم أيضا وحدتين للتحاليل الطبية والاشعة ، ومن المفترض أن يضم هذا القسم تخصص الطب الشرعى أيضا .
وعلى حين تندرج وحدة الأمراض الجلدية تحت مظلة هذا القسم فى طب قناة السويس فان فى الاسكندرية قسما خاصا للأمراض الجلدية والتناسلية .

(٢٧) توجد نفس الفكرة السابقة فى طب المنوفية ولكن تحت مسمى الباطنة العامة والخاصة .

(٢٨) فيما عدا هذه الكليات الثلاث فإن جميع كليات الطب تضم قسما للأمراض الباطنة العامة . وتختلف وحدات هذا القسم من كلية إلى أخرى .

(٢٩) تحت مظلة « الباطنة الخاصة » يمكن لعدة أقسام ان تندرج ويمكن أن يشمل هذا القسم :ـ

(أ) الأمراض العصبية . (هـ) الأمراض الصدرية .
(ب) الأمراض النفسية . (و) أمراض القلب والأوعية الدموية .
(جـ) الأمراض الجلدية . (ز) الأمراض المستوطنة .

(د) الأمراض التناسلية .   (ح) الطب الطبيعي .
ولكن واقع الأمر ان هذا القسم لايشمل أبدا هذه التخصصات الثمانية مرة واحدة ، وفى القاهرة يضم هذا القسم كل هذه الأقسام على هذا النحو من التقسيم فيما عدا قسمى القلب والصدر اللذين ينضمان مع جراحيتهما فى قسم خاص .
وفى طب الزقازيق يضم هذا القسم كل هذه الأقسام ما عدا الجلدية والتناسلية التى تنفرد بقسم خاص .
وفى طب أسيوط يضم هذا القسم وحدات :ــ الجلدية والتناسلية والمتوطنة والصدرية والعصبية والنفسية .
على حين يتبع قسم القلب قسم الباطنة العامة .
وفى طب طنطا يضم هذا القسم أقسام :ــ القلب والعصبية والنفسية وطب المناطق الحارة والصدرية والطب الطبيعى .
وفى طب الأزهر لا يوجد هذا القسم اذ يستقل كل تخصص بقسم متميز .
وفى طب بنات الأزهر يضم هذا القسم كل التخصصات .
وفى طب بنها لا يوجد هذا القسم ، وتندرج تخصصاته مع قسم الباطنة بينما يستقل تخصص الأمراض الجلدية والتناسلية بقسم خاص .

(٣٠) لعل قسم القلب من أكثر الاقسام التى يختلف وضعها من كلية إلى أخرى
(أ) فهو مستقل بنفسه فى كليات طب عين شمس والأزهر .
(ب) وهو فى إطار الباطنة العامة فى أسيوط والمنصورة .
(جـ) وهو فى إطار الباطنة الخاصة : فى الزقازيق ، وطنطا ، وطب بنات الأزهر .
(د) وهو فى إطار الباطنة بفروعها (حين تتوحد الباطنة العامة والخاصة) : كما فى الاسكندرية وقناة السويس والمنوفية وبنها .
(هـ) وهو فى إطار قسم القلب والصدر وجراحتيهما : فى كلية طب قصر العينى .

(٣١) يختلف وضع قسم الأمراض الجلدية والتناسلية من كلية إلى أخرى ، وهو مستقل بنفسه فى كليات : طب الاسكندرية وعين شمس وطنطا والمنصورة والزقازيق والازهر بنين ، والأزهر بنات ، وبنها وفى إطار الباطنة الخاصة فى كليتى طب القــاهرة ، وأســيوط وفى إطار الباطنة كانت فى قناة السويس .

(٣٢) مع أن قسم الأمراض الجلدية والتناسلية فى كلية طب القاهرة فى إطار الباطنة الخاصة إلا انه منفصل إلى وحدتين مستقلين تماما وحدة للأمراض الجلدية ووحدة للأمراض التناسلية .

(٣٣) (أ) يستقل قسم الطب الطبيعى فى بعض الكليات : فى المنصورة والأزهر بنين .
(ب) ويبقى فى إطار الباطنة الخاصة فى بعضها الأخر : القاهرة ، طنطا ، الزقازيق ، الأزهر بنات .
(جـ) وفى الاسكندرية يتبع قسم الاشعة .
(د) وفى أسيوط يتبع قسم الجراحة الخاصة مع أقسام الأنف والأذن والمسالك والعظام .
(هـ) وفى عين شمس ينضم الى قسمى الأمراض العصبية والنفسية .
(د) ويتبع قسم الباطنة فى بنها وقناة السويس والمنوفية .
ولعله أعجب التخصصات فى مسألة انضمامه للأقسام المختلفة .

(٣٤) ينفرد تخصص طب المناطق الحارة بقسم فى كل من عين شمس والأزهر بنين ويتراوح مسمى هذا التخصص فى لوائح الكليات بين طب المناطق الحارة والأمراض المتوطنة ويتبع هذا القسم أقسام الباطنة الخاصة فى حالة وجودها أو العامة فيما عدا ذلك .

(٣٥) (أ) يتبع قسم الصدر فى طب قصر العينى قسم القلب والصدر وجراحيتهما .
(ب) ويستقل هذا القسم بنفسه فى كليات : عين شمس والأزهر بنين .
ويتبع هذا القسم قسم الأمراض الخاصة فى بقية الكليات او الباطنة العامة حين لا يوجد قسم للباطنة الخاصة .

(٣٦) يستقل تخصصا الأمراض العصبية و النفسية بقسم خـاص فى طب عين شمس ومعهما الطب الطبيعى ، وفى الأزهر بنين يستقلان بمفردهما .

(٣٧) يستقل قسم الأطفال بنفسه فى جميع كليات الطب .

(٣٨) لايوجد قسم تحت مسمى القلب والصدر وجراحيتهما الا فى طب قصر العينى ، وقد سبق الاشارة الى انفراد كلية طب قناة السويس بقسم للممارسة العامة .

[٣٩] العلاقة بين وزارة الصحة ومؤسسات التعليم الطبى .

ولى وزارة الصحة من عمداء الطب على مدى تاريخها الطويل ٥ عمداء فقط ثلاثة منهم هم عمداء قصر العينى الثـلاثة الأوائـل !!! والرابع عميد الاسكندرية الذى تولاها ٣ أسابيع فقط والخامس عميد الاسكندرية الذى تولاها لبضع شهور فى أوائل الســبعينيات !!! ، وهم **العميد الاول** الدكتور على باشا ابراهيم من ٢٨ يونيو ١٩٤٠ ــ ١٤ نوفمبر ١٩٤٠ و ١٤ من نوفمبر ١٩٤٠ حتى ٣١ يوليو ١٩٤١ فى

وزارت الائتلاف التى تشكلت فى أوائل الحرب العالمية الثانية حيث عمل على باشا ابراهيم وزيرا فى وزارت حسن صبرى باشا وحسين سرى باشا .

والعميد الثانى الدكتور سليمان عزمى فى وزارت صدقى باشا (١٧ فبراير ١٩٤٦ حتى ٩ ديسمبر ١٩٤٦) . وكذلك **العميد الثالث الدكتور ابراهيم شوقى بك والذى تولى هذه الوزارة ثلاث مرات لفترات قصيرة : ــ**

المرة الأولى : ــ فى وزارة حسين سرى باشا وزارة الانتخابات، لمدة سبعين يوما تقريبا (٣ نوفمبر ١٩٤٩ ــ ١٢ يناير ١٩٤٩)

المرة الثانية : ــ فى وزارة على ماهر باشا التى اعقبت حريق القاهرة ولمدة خمسة وثلاثين يوميا تقريبا (٢٧ يناير ١٩٥٢ ــ أول مارس ١٩٥٢) .

والمرة الثالثة والأخيرة : ــ فى وزارة على ماهر باشا التى تشكلت عقب قيام الثورة ولمدة خمسة وأربعين يوما تقريبا (٢٤ يوليو ١٩٥٢ ــ ٧ سبتمبر ١٩٥٢) ومن يومها لم يتولى عميد من عمداء طب قصر العينى ولا عمداء أى كلية طب أخرى وزارة الصحة على الاطلاق باستثناء الفترة التى تولاها الدكتور أحمد السيد درويش فى أوائل السبعينات .

أما من عمداء الاسكندرية فقد تولى الدكتور محمود صلاح الدين بك الوزارة عشرين يوما هى مدة وزارة على ماهر الثالثة (٢ يوليو ١٩٥٢ ــ ٢٢ يوليو ١٩٥٢) ، وقد خلفه لمدة يومين سيد شكرى بك فى وزارة نجيب الهلالى ثم الدكتور ابراهيم شوقى كما ذكرنا منذ قليل .

وفى عهد الرئيس السادات تولى الدكتور أحمد السيد درويش وزارة الصحة فى آخر وزارات الدكتور فوزى فى ١٩ سبتمبر ١٩٧١ وحتى أول يناير ١٩٧٢ .

ومن الواضح ان قصر المدد التى قضاها هؤلاء العمداء فى مناصب الوزارة كان أبرز الاسباب التى حالت بينهم وبين تحقيق قدر مطلوب أو متوقع من النجاح فى توظيف التعليم الطبى للخدمات الصحية ، وربط مؤسسات التعليم الطبى بمؤسسات الخدمات الصحية على نحو كان من الممكن له أن يثمر ثمارا واضحة فى نظامنا الطبى كله ، ومن المؤكد ان الحساسية التى واجهت أساتذة الجامعة الذين تولوا وزارة الصحة فى السبعينات تجاه مسألة نقل تبعيات المستشفيات العامة الى الجامعة للمساعدة فى نهضة كليات الطب الاقليمية الجديدة لم تكن الا صورة من الآثار البعيدة لانعدام صلة الرحم بين مؤسسة التعليم الطبى ومؤسسة الخدمة الطبية العامة ، أو على الأقل ما يعبر عنه العامة بقولهم « انعدام الدلال » ، وبحيث أصبح من الأفضل للاستاذ الجامعى الوزير ان يفخر بأنه لم يتنازل عن شىء من ممتلكات وزارة الصحة ، كأنما الأمر مسألة أوقاف وأبعاديات فى حين أن ذات المنشأة قد تدر على المجتمع عائدا علاجيا وبحثيا وتعليميا أكبر حين تنضم الى الجامعة بكوادرها وخدماتها واستقلالها ونظمها .

ومع هذا كله فان كثيرا من الفضل فى نشأة وازدهار كلية مثل طب الزقازيق يعود الى ذلك التفهم الذى أبداه وزير صحة عظيم الشأن هو الدكتور عبده سلام الذى تفهم حاجة الكليات الناشئة الى مستشفى تعليمى ، واليه أيضا يرجع الفضل فى المستشفى التعليمى لكلية طب بنات الأزهر على حين واجهت كلية طب بنها التى نشأت فى جامعة الزقازيق نفسها صعوبة بالغة فى الانتفاع بمستشفى بنها التعليمى ، ونفس الوضع فى المنيا .. وجاءت وجهات النظر التى وقفت حائلا دون هذا الانتفاع على ألسنة اساتذة جامعيين مرموقين تولوا الوزارة بل وقال احدهم فى فخر شديد « إنه لا يجب أن يترك وزارة الصحة وقد قصت لها بعض الأجنحة فى عهده !! » .

وقد يقودنا هذا الحديث الى مسألة مهمة فى وظيفة وزارة الصحة نفسها والى وظيفة لكثير من مؤسساتها ، ومن حسن الحظ ان الدولة نفسها قد تنبهت الى اهمية وفعالية أن تكون وزارة الصحة وزارة دولة فحسب ، وان تترك أمور الخدمة الصحية والعلاج .. الخ للحكم المحلى والمؤسسات المحلية الاقليمية وعلى رأسها بالطبع الجامعات الاقليمية التى هى بلا شك أقدر بكثير على إدارة وتشغيل المنشآت الصحية (القريبة منها) من الوزارة (المركزية) التى ينبغى ان تتفرغ لتشتغل بالتخطيط والسياسات العامة ، ومع هذا فان وزيرا من أكثر وزراء الصحة مكانة علمية كان حريصا كل الحرص على السعى فى ضم مراكز البحوث الطبية التابعة لوزارة البحث العلمى أو اكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا الى وزارة الصحة !!!

ومن المؤكد أن وزارة الصحة منذ السبعينات [شهدت وزارة الصحة استقرارا رائعا طيلة الستينات بتولى الدكتور النبوى المهندس شأنها طيلة الفترة ١٩٦١ ــ ١٩٦٨ .. وقبله شهدت استقرارا آخر خلال الخمسينات منذ قامت الثورة وتولى شأنها منذ سبتمبر ١٩٥٢ الدكتور نور الدين طراف فالدكتور محمد محمود نصار] قد عانوا هم قبل غيرهم من قصر الفترات التى اتيحت لهم فى الوزارة بحيث يمكن التماس العذر لهم فى عدم تحقيق انجاز واضح .. ولكن المؤكد أنه فى مجال علاقة الوزارة بالجامعة كان الدكتور عبده سلام (وهو الذى لم يأت الى الوزارة من كرسى الجامعة مباشرة كخمسة ممن خلفوه) أكثرهم نجاحا فى تحقيق انجاز حقيقى وهادىء على الرغم من أنه قد يبدو أنه تنازل عن ممتلكات وزارة الصحة !!! .

ولا ينبغى أن تفوتنا الاشارة الى جهد الدكتور محمود محفوظ فى نشر وتطوير تعليم التمريض فى وزارة الصحة على نحو ممتاز ورائع ، أو الى حرص الدكتور بدران على إشراك الجامعة وهيئاتها فى لجان الوزارة ودراسات كثيرة .. ، أو الى جهد الدكتور ممدوح جبر خلال تقلده المنصب الوزارى فى اتمام اتفاقية بناء مستشفى الاطفال التابع لجامعة القاهرة ، وهكذا أضاف الى مستشفيات الجامعات ، أو الى عزيمة الدكتور فؤاد محيى الدين فى إنشاء الهيئة العامة للمعاهد والمستشفيات التعليمية واستصدار الكادر الخاص بها ، ولو أن هذه الهيئة لم تستطع أن تفرض نفسها على عملية التعليم الطبى لأنها منحت الاسم من دون أن تمنح سلطة منح (الترخيص) وهى عملية لا تتسق أبدا مع البيروقراطية المصرية ومكانتها فى صياغة الواقع الاجتماعى المؤثر على مكانة التعليم

وعلى أية حال فان علاقة الجامعة بعملية الخدمة الطبية والعلاج الطبى أكبر من أن تناقش فى ظل تفكير الافراد وسياساتهم وقراراتهم حتى لو كانوا وزراء ، ولكن الحقيقة مع الأسف ان كل مقومات هذه القضية لم تكن الا انعكاسات لقرارات هؤلاء الوزراء ! ! واتجاهاتهم .. وما علينا من مناقشة مدى مثالية هذا الذى حدث ، إنما ينبغى لنا أن نفهم بعد أن نناقش دراسات ــ لم يتم اعدادها بعد ــ حجم الخدمة الطبية التى تؤديها كليات الطب الاقليمية ، وتكلفة هذه الخدمة مقارنة بالخدمات التى تؤديها المستشفيات الأخرى !

وقد يدعونا هذا الى الاشارة هنا الى مفهوم هام جدا يتعلق بالتأمين الصحى الذى تحول على أيدينا فى مصر من فكرة ومبدأ الى مؤسسة !! ، وبحيث أصبحت كلمة التأمين الصحى فى مصر تنصرف الى مؤسسة ومستشفيات وبيروقراطية ومجلس ادارة ! ! فى حين ان التأمين الصحى عملية واسعة من المفروض ان تقوم بها مستشفيات الجامعات أيضا . ولكن التأمين الصحى فى مصر مؤسسة فيها أطباء معينون لها لا يخرجون منها ! ! واذا شارك اساتذة الجامعة واخصائيوها فى العملية التأمينية فمن خلال مستشفيات التأمين الصحى نفسها ! ! وكأن عملية (التأمين) أصبحت حكرا على مسشتفيات معينة !! والحمد لله أنها لم تحكر على نوعيات الأفراد وانتماءاتهم كذلك (وإن كانت كذلك بصفتهم الشخصية) .

وهذا هو ما نناقشه فى موضع آخر بالتفصيل .

[٣٠] هياكل الدرجات العلمية فى كليات الطب | الدرجات | .

عمداء الكليات :

كانت طريقة اختيار عميد الكلية أو المعهد التابع للجامعة من أكثر المسائل التى ترجحت فيها الآراء – عند وضع قانون الجامعات الجديد المطبق حاليا – بين الانتخاب والتعيين : وقد نحا القانون نحوا وسطا يجمع بين الكيفيتين بهدف الاستزادة من المزايا والتقليل من المضار لو تم الأخذ باحداهما دون الآخرى ، فجعل ترشيح رئيس الجامعة للعميد من بين الأساتذة الثلاثة الذين تتم تزكيتهم من قبل هيئة تضم جميع أساتذة الكلية أو المعهد وكل الأساتذة المساعدين والمدرسين الأعضاء فى مجلس الكلية بحيث تتم المشاركة من جانب المسئولين فى الكلية أو المعهد فى هذا الاختيار بما يطلع رئيس الجامعية على اتجاهات الكلية أو المعهد فى ذلك ويجعل الترشيح من جانبه (أو التعيين بعد ما فوضت لرؤساء الجامعات هذه السلطة) فى حدودها وعلى هداها . وقد زاد المشروع مدة العمادة من سنتين إلى (كما

سيلحظ القارىء من مدد عمداء كليات الطب فى القاهرة والاسكندرية وعين شمس فى الفترة السابقة على القانون) إلى ثلاث تأكيدا على فكرة الاستقرار فى الادارة . ومع ان اختيار العميد بالطريقة السالفة يناسب الكليات والمعاهد التى تزخر بعدد كبير من الأساتذة بحيث يحتاج رئيس الجامعة الى الاستنارة برأى المسئولين فى الكلية أو المعهد لاختيار العميد فقد كانت هذه الطريقة (حسب توقع المشرع) أقل مناسبة فى شأن الكليات والمعاهد التى يتضاءل عدد الأساتذة فيها الى حد كبير ، لذلك اكتفى القانون فى شأنه بترشيح مبتدأ من رئيس الجامعة (وقد اصبح الأمر منوطا ايضا فى مسألة قرار التعيين برئيس الجامعة نفسه بتفويض من الوزير) . واستتبع ذلك قصر

تجديد التعيين فى هذه الحالة على مرة واحدة (اى ان العميد المعين لا يعين بهذه الطريقة لاكثر من ٦ سنوات وإنما يجوز له ان يكون بعدها عميدا بالانتخاب متى توافر العدد المؤهل لاجراء الانتخابات دون اطلاق لمرات التجديد على النحو المقرر فى حال اشتراك المسئولين فى الكلية أو المعهد فى الاختيار وهو ما يلاحظ مثلا فى حالة كلية طب قصر العينى التى تم انتخاب عميدها الدكتور هاشم فؤاد لدورات ثلاث كانت بداياتها على التوالى ٧٩ ، ٨٢ ، ١٩٨٥ .

الأساتذة المتفرغون :

وسوف يلاحظ القارىء تفاوت عدد الأساتذه المتفرغين فى الأقسام المختلفة وفى الكليات المختلفة ، ولهذا يجدر بنا أن نشير إلى أن تقليد تعيين [illegible] هيئة التدريس بعد إحالتهم إلى التقاعد لم يكن موجودا على نفس الصورة التى هو عليها اليوم من وجوب هذا التعيين ! ! وهو التقليد الذى يسود مدرسة الطب الأولى فى قصر العينى ، ولهذا فإن هناك كثيرا من أساتذة الجامعة السابقين المرموقين خارج دائرة الأساتذة المتفرغين ومعظم هؤلاء من الذين خرجوا إلى المعاش قبل تطبيق القاعدة (البروتوكولية) التى تستند إلى النص الواضح فى قانون الجامعات بجواز تعيين هؤلاء الاساتذة .

ومع انه ليس بمقدور هذا الدليل بالطبع ان يقيم العائد من تواجد هؤلاء الأساتذة ، فإن الدليل يحرص فى ذات الوقت على إتاحة معلومات إحصائية مقارنة عن هؤلاء الأساتذة فى الكليات المختلفة وبالطبع فإن عدد هؤلاء يتزايد فى الكليات العريقة بينما هو محدود فى الكليات الحديثة نسبيا بحيث لا يجاوز أصابع اليد الواحدة .

الأساتذة :

على عكس ما يبدو من أن اطلاق الترقيات لوظائف الاستاذية قد أفاد الجامعات الحديثة فإن الحقيقة انه أفاد الكليات الأقدم بأكثر بكثير جدا مما أفاد الكليات الأحدث واذا نظرنا إلى مجموع عدد الأساتذة ذوى الكراسى والأساتذة فى الكليات القائمة فعلا عام ١٩٣٠

وجدنا الأمور على النحو التالى :

	الاساتذة ذوى الكراسى	الأساتذة
القاهرة	٣٩	٦١
الاسكندرية	٣٤	٢٦
عين شمس	٣٣	٢٤
اسيوط	١٢	٢
طنطا	٣	—
المنصورة	٢	—

وهكذا نجد أن الخطوة التى تمت فى ١٩٦٥ باطلاق الاستاذية قد أفادت الجامعات القديمة بأكثر مما أفادت الجامعات الجديدة ، ط ، وربما على حساب الامتيازات التى كانت متاحة فى تلك الجامعات .

وينبغى لنا أن نفهم ان الاغلبية الساحقة الاساتذة الذين يشغلون الآن درجات الاستاذية فى كليات الطب فى جامعاتنا المصرية قد ترقت طبقا للقانون الجديد (٤٩ لسنة ١٩٧٢) وانه فى خلال سنوات معدودة لن يكون هناك أحد من المرقين طبقا للقانون القديم ، وذلك أمر طبيعى بعد ١٥ عاما من صدور القانون ، وانتهاء المدد الزمنية لشغل الوظائف والكراسى القديمة بخروج الأساتذة القدامى إلى المعاش .

وعلى سبيل المثال فان أقدم أساتذة قصر العينى العاملين الآن قد وصلوا إلى وظائف الاستاذية عام ١٩٧٢ ، وهم ١٦ استاذا على سبيل الحصر ، ومنهم عدد غير قليل انتهت مدة خدمته بالفعل وهو يكمل عمله حتى نهاية العام الدراسى ، وذكر اسماء هؤلاء الاساتذة على سبيل الحصر يعطينا فكرة مهمة عن هذه النقطة بالذات : —

ففى ١٧/٦/١٩٧٢ رقى إلى درجة الاستاذية :
أ . د . عدلى الشربينى (التخدير) وهو اقدم أساتذة قصر العينى العاملين اليوم ، ثم إن القانون الجديد طبق من أول أكتوبر ١٩٧٢
وفى جلسة ٢٥/١٠/١٩٧٢ رقى :
أ . د . محمد توفيق الرخاوى (التشريح) .
وفى جلسة ٢٩/١١/١٩٧٢ رقى :
أ . د . يوسف عبد الرحمن (الفسيولوجى)
أ . د . محمد عبد الرزاق (الباطنة العامة)
أ . د . حسين عبد الفتاح ابراهيم (جراحة العظام)
أ . د . اسماعيل الشافعى (جراحة الاعصاب) .
وفى جلسة ٢٧/١٢/١٩٧٢ رقى :
أ . د . السيد سالم (الصدرية)
أ . د . احمد على الجارم (المتوطنة)
أ . د . اسامة علوان (العصبية)
أ . د . احمد سامح همام (الجراحة العامة)
أ . د . حسين عبد الفتاح طلعت (الجراحة العامة)
أ . د . فتحى اسكندرر (الجراحة العامة)
أ . د . هشام مورو (الجراحة العامة)
أ . د . هاشم فؤاد (الأنف والأذن والحنجرة)
أ . د . نبيل الجندى (الرمد)
أ . د . جمال ابو سنة (جراحة القلب والصدر) .

وقد وضع هذا القانون حلولا لمشكلة الاختناقات وتأخر الترقى فى وظائف هيئة التدريس نتيجة عدم تناسب النمو فيها تبعا للنمو المطرد فى هيئة التدريس بما يكفل تأمين مستقبل اعضاء هيئة التدريس وانصرافهم الى خدمة الجامعة فى اطمئنان دون تفكير فى تركها امام مختلف المغريات ، ففصل المشروع بين الألقاب العلمية وبين الوظائف بدرجاتها المالية ، وجعل منح هذه الألقاب رهنا بثبوت الأهلية العلمية وحدها بعد مضى المدد المتطلبة على ان يعتبر هذا المنح فى مقام التعيين ، وتبرى عليه احكامه وتترتب عليه آثاره فيما عدا الناحية المالية ، وعلى ان يجرى تدبير وظائف بدرجاتها المالية لمن تم منحهم اللقب العلمى فى السنة المالية التالية على الاكثر (اى فى أول يوليو التالى لاستحقاق اللقب العلمى وهى مدة لا تزيد بالطبع عن عام واحد على اكثر تقدير) وخلافا للظاهر ، لم يحمل هذا الحكم الخزانة الحكومية بعبء زائد نظرا لما جرى عليه الحال فى السنوات الأخيرة من السير على سياسة رفع الوظائف .

واستتبع الفصل بين الألقاب العلمية والوظائف المالية الغاء كراسى الاستاذية وادماج وظيفتى « الاستاذ ذى الكرسى » و « الأستاذ » الحاليتين وقصر الاعلان عن الوظائف الحالية على الحالة التى لا يوجد فيها مؤهل من داخل الكلية أو المعهد لشغل الوظيفة الأعلى !!

وليس من شأن ذلك (كما قال الدكتور شمس الدين الوكيل وزير التعليم العالى يومها فى المذكرة التى ارفقها بالقانون) تقوقع الجامعات على نفسها كما قد يظن أو اقفالها الباب أمام كفاءات من خارج الجامعات . فالباب ما يزال مفتوحا لهذه الكفاءات اذا لم يستوف من فى الداخل المدد المتطلبة للتعيين أو استوفوها وثبتت عدم اهليتهم العلمية . ومن الطبيعى الابتداء بالتنقيب عن الكفاءات من داخل الجامعات اولا ثم البحث عنها خارج الجامعات عند العجز أو القصور ، فضلا عن ان الاحصاءات شاهدة بان نسبة الدخول فى هيئة التدريس من خارج الجامعات كانت دائما ورغم نظام الاعلان المبتدأ والمطلق اندر من النادر .

ومع هذا فإن ضمانات الحفاظ على عملية فتح الباب امام دخول الجامعة للكفاءات التى خارجها ليست من القوة ذات الدرجة التى تتمتع بها ضمانات الاغلاق !!!

وقد ذكر الدكتور شمس الدين الوكيل ان الغاء نظام كراسى الاستاذية لم يكن بدعة بل « هو الاتجاه الغالب اليوم فى جامعات الدول المتقدمة ، ولم تكن هذه الكراسى الا رمزا لتخصصات معينة ، وهذه التخصصات ما تزال باقية فى نظام الفصل بين الألقاب العلمية والوظائف المالية ، بل هى اكثر انفتاحا واتساعا لكل من هو اهل لحمل امانتها دون تقيد بعدد محدود يشغلها ، وهو ما يكفل تكافؤ الفرص بين الأكفاء فى بلوغ مركز الاستاذية وهو قمة المراكز العلمية فى الجامعة » . وترك القانون امر تحديد تخصصات الاستاذية للائحة الداخلية لكل كلية أو معهد وفق ما تمليه المقاييس العلمية الموضوعية المجردة .

المعيدون :

قبل ان نبدأ فى الحديث عن هذه الطائفة فان من المستحسن أن نسترجع من محاضرات أساتذة الجامعة الكبار التى يلقونها فى برامج تأهيل مدرسى الجامعة بعض فقرات توضح اهمية القائمين بهذه الوظيفة فى القيام بها ، ومن مجموعة محاضرات « أسس التدريس الجامعى » التى نشرها مركز البحوث التربوية بجامعة القاهرة نقتطف من محاضرة الاستاذ الدكتور ابراهيم العدوى هذه الفقرات : —

« إن المعيدين هم خلاصة آلاف الطلاب الذين يفدون الى الجامعة ، والثمرة المنتقاة التى تفرزها عملية التعليم الجامعى ، ولذلك تختارهم الجامعة وتكلفهم بالعمل ليكونوا هيئة التدريس بها فيما بعد .

ولذلك يجب ان ينظر الى هذه الفئة نظرة خاصة تراعى تكوينهم العلمى ، ليكونوا اعضاء هيئة تدريس صالحين ، ودورهم التربوى ليستطيعوا ان يكونوا مؤهلين لتعليم الاجيال القادمة .

إن مهمة هؤلاء مهمة مزدوجة ، لان عليهم ان يكونوا باحثين من جانب ، وعليهم ان يكونوا مدرسين من جانب آخر يقومون بتوصيل معلوماتهم توصيلا ناجحا الى طلابهم فى المستقبل »

لاشك اذن فى اهمية وجود هؤلاء الشباب والشابات الذين يشغلون هذه الوظيفة لانها وظيفة هامة فى الكيان الجامعى من ناحية البحث ومن ناحية التعليم ومن ناحية تكوين الكوادر ومن ناحية رابعة وهى الناحية الاجتماعية الجامعية وفى هذا يقول الدكتور العدوى أيضا : —

« وهناك ملاحظة فى غاية الاهمية لايمكن اغفالها ، وهى أن ظروفنا الحاضرة تفرض على الجامعة ان تقبل اعدادا كبيرة ، والاعداد الكبيرة لايتاح لها الاتصال المباشر باعضاء هيئة التدريس وهنا تظهر اهمية المعيدين فى الاتصال الطلابى ، ولكن ينبغى ان يرشد هذا الاتصال على الوجه الذى يحقق الخير للعمل العلمى الذى فيه خير للوطن . »

وبعد أن يتحدث الدكتور العدوى (فى محاضرته التى كانت مخصصة للحديث عن دور المدرسين المساعدين والمعيدين فى التعليم الجامعى) ، عن جوانب البحوث العلمية المطلوبة من طبقة المعيدين يركز بصفة خاصة على الصلة بين الطلاب والمعيدين ، وهى الصلة التى ربما تجاوز سيادته عن الاشارة الى الصياغات الخاطئة (الجديدة) التى صارت اليها فى ظل نظام كالدروس الخصوصية .. ومع هذا فنحن ننقل عنه حديثه عما يجب ان يكون : —

« هذا فيما يتعلق بالجانب الاول وهو أن المعيدين يعدون لكى يكونوا باحثين وعلماء ، وأما الجانب الثانى وهو اعدادهم لكى يكونوا مدرسين يقومون بتوصيل ثمار ابحاثهم الى الطلاب فانه يقتضى عدة امور مهمة ، فعملية التعليم لاتتم الا من خلال مدرس وطالب ومادة علمية . ومعنى هذا ان الطالب عنصر مهم جدا فى هذا الجانب ولاشك ان الطلاب هم الشق الثانى لبناء الجامعة ، فالجامعة طلاب واساتذة .

وهنا يبرز دور المعيدين الاساسى وميزتهم الكبرى اذ انهم اقرب الى الطلاب من حيث السن واقرب الى الاساتذة من حيث البنوة العلمية واتصالهم باعضاء هيئة التدريس ، ولذلك فان عليهم ان يكونوا ادوات صالحة للتوصيل ، وهم بطبيعة عملهم معيدين يتصلون بالطلاب من خلال التدريب او غيره ولديهم فرصة نادرة لتكوين شخصيتهم القيادية والجامعية . فمن المعروف ان الطلاب يحبون المادة العلمية التى يحبون من يقوم بتدريسها . ومن المعروف ايضا ان الطلاب ينزعون الى الاقتداء بالقريبين منهم فى السن ، ولذلك من الممكن ان يصبح المعيد من هؤلاء — اذا احسن انتهاز هذه الفرصة — شخصية محبوبة بين الطلاب فهو بحكم كونه شابا عليه ان يعيش سنه والا يتنكر لزملائه من الشباب ، فهو اقدر على فهم مشكلات الطلاب من اساتذته الذين يمنعهم السن من مخالطة الطلاب على نحو يسمح به للمعيد ، ويمنع الحياء والهيبة طلابه من الاختلاط به على النحو الذى لايمنعهم من مثله مع المعيد ، فالمعيد عليه ان يتفهم مشكلات الطلاب ويفتح لهم صدره ولن يجد فى ذلك عناء فهم قريبون منه وهو قريب منهم ، ان اتصاله بالطلاب على هذا النحو الذى لا ابتذال فيه ولا تعال يتيح له ان يكون قدوة صالحة وشخصية محبوبة وهذا يضمن له النجاح فى اداء مهمته العلمية فيما بعد إذ أن الطلاب سيقبلون عليه ويتكلفون المشقة فى سبيل ارضائه والتقرب منه بحب مادته لانهم احبوه .

ولعلنا نخلص من هذا كله ان نظاما جامعيا متزنا لابد فيه من وجود المعيدين .

ومع ان المدرسين المساعدين والمعيدين يمثلون فى العرف الجامعى المصرى طبقة واحدة تقريبا هى طبقة مساعدى هيئة التدريس إلا ان واقع الامر فى هذا المحيط نفسه أن هاتين الفئتين أشد ما يكون التميز بحكم عوامل عديدة ليس اقلها الدرجة العلمية ومرحلة البحث التى فيها كل منهم ... الخ) .

ونظرة واحدة إلى جداول الاحصائيات كفيلة بأن ترينا الأقسام الاكلينيكية فى كل كليات الطب المصرية تفتقد (المعيدين) ، وذلك على نحو ما نفصل فيه القول تحت عنوان « الاطباء المقيمين » ويرجع هذا بالطبع إلى استغراق العناصر التى يكون فيها الخريج المعد لتولى وظائف عضو هيئة التدريس فى فترة النيابة ، وانتهائه من الماجستير مع انتهاء هذه النيابة بحيث يصبح بعدها (فى الغالب) مؤهلا لشغل وظيفة مدرس مساعد مباشرة .

ونحن لا نسعى لانشاء وظائف للمعيدين إلى جوار وظائف الأطباء المقيمين والمدرسين المساعدين ، فليس هذا حلا على الاطلاق ، إذ لابد من قضاء فترة النيابة كطبيب مقيم فى الاقسام الاكلينيكية ، كما هو متبع فى كل كليات الطب فى العالم ، ولكننا نريد ان نترجم الواقع الحادث فعلا بان يكون هؤلاء النواب معيدين اكلينيكي فى نفس الوقت ، اى ان تكون وظائفهم كسائر وظائف الجامعة . الا ترى ان أستاذ الباطنة يكتب على بطاقته أنه استاذ الامراض الباطنة فى كلية الطب وقصر العينى !! أو فى كلية طب عين شمس ومستشفى الدمرداش أو فى كلية طب الأزهر ومستشفى الحسين .. وهكذا) وأن الاستاذ المساعد كذلك ، وكذلك المدرسون والمدرسون المساعدون وهو قول حق !! فلماذا لايكون هؤلاء الاوائل معيدين فى الكلية واطباء مقيمين فى المستشفى فى ذات الوقت ؟

ونحن هنا نتكلم من واقع الايمان بأهمية وظيفة المعيد .

أما الجانب الاخر للقضية فيما يتعلق بالاطباء المقمين ووظيفة الطبيب المقيم فسنوفيه حقه حالا وبالتفصيل تحت عنوان الاطباء المقمين .

ولعل أبرز هذه الاسباب أن هذه الطائفة مع واسع سلطاتها الفعلية قد لاتحظى بمكانة واضحة فى الهيكل الجامعى ، وأن أفرادها قد يجدون أنفسهم فجأة فى وظائف المدرسين المساعدين من ناحية التعليم ، على حين انهم يجدون انفسهم يبحثون بعد انتهاء النيابة على وظيفة المعيد التى شغلها اقرانهم فى الثانوية العامة (بل من هم دونهم يومها) قبلهم بثمان سنوات كاملة على الأقل ! ! وعلى سبيل المثال فالحاصلون على الثانوية العامة فى عام ١٩٧٥ عينوا معيدين فى كليات التجارة والآداب .. الخ منذ يوليو ١٩٧٩ على حين أن نظراءهم فى الطب لم يعينوا معيدين فى الطب إلا فى يناير ١٩٨٧ !! وبعضهم لايزال ينتظر دوره ، هذا على افتراض عدم التعثر فى الحالتين ! !

وصحيح أن الطبيب الذى عين فى يناير ١٩٨٧ لن تمضى عليه ١٩٨٧ إلا وقد نال درجة مدرس مساعد .. وقد يكون هناك احتمال ضئيل فى بعض هذه الكليات ان بعضهم لم ينل مثل هذه الدرجة بعد .. ولكن المسألة ليست مسألة استفادة الاشخاص ولكنها مدى توظيف الاشخاص لخدمة الكادر الجامعى .. ومادام الكادر الجامعى فى حاجة إلى هذه الوظيفة فلابد أن يجد فيها من هى احق بهم ! ! من الاطباء المقمين الذين يقتصر دورهم حتى الآن على المستشفيات الجامعية !!!

الأطباء المقيمون :

يعتبر وضع الأطباء المقيمين (النواب) فى المستشفيات الجامعية ، وضعا غريبا ومتميزا بعض الشىء .

وقد زيدت مدة النيابة من سنة إلى سنتين إلى ثلاث سنوات ، ولما كان تعيين الأطباء المقيمين يتم بعد قضاء الخريج عام الامتياز أى وهو فى حدود الخامسة والعشرين إلى السادسة والعشرين من عمره ، وقد أجل تجنيده بحكم الدراسة ثم الامتياز ، أصبح على هؤلاء المعينين فى وظائف الأطباء المقيمين الانصراف أولا إلى تأدية الخدمة العسكرية ، والتى تصل مدتها إلى حوالى ١٥ شهرا بفضل تعاطف القوات المسلحة مع طبقة النواب والمعيدين حرصا منها على عدم تعطيلهم عن الانتظام فى سلك البحث العلمى .

وبهذا فإن فترة النيابة أصبحت تتفاوت من حوالى ٢١ شهرا بالنسبة للأطباء المقيمين الذكور غير المعافين من أداء الخدمة العسكرية إلى ٣٦ شهرا بالنسبة للطبيبات والأطباء المقيمين الذكور المعافين من الخدمة العسكرية .

على أنه بعد هذه المدة كلها يقف هؤلاء مرة أخرى [وقد أصبحوا فى متوسط عمر ٢٩ عاما] فى انتظار التعيين فى وظائف المعيدين ن الاقسام الاكلينكية التى قضوا بها فترة النيابة !!

ويعلن لهم عن هذه الوظائف تبعا لحاجة الأقسام [وهو تعبير قانونى يحتمل كثيرا من الاحكام الذاتية] ، ويعين هؤلاء فى وظائف المعيدين .. فإذا كانوا قد وفقوا خلال السنوات الثلاثة إلى الحصول على درجة الماجستير فإنهم يعينون بعد تسلمهم العمل بأيام فى وظائف مدرسين مساعدين .

وهذا هو الأغلب فى حالة هؤلاء الأطباء الذين تمتعوا بتفوق ظاهر فى البكالوريوس مما أهلهم لشغل هذه الوظائف المرموقة والتى تلقى إقبالا يفوق بمراحل الاقبال على وظائف المعيدين فى الأقسام الاكاديمية .... ثم إنهم قد اتيحت لهم فرصة العمل فى مستشفيات ذات الكليات التى يدرسون بها للماجستير .. ولما كانت دراسة الماجستير تستغرق على الأقل عامين فإن سنوات النيابة الثلاثة كفيلة بتمكين النواب من الحصول على الماجستير قبل انتهاء النيابة وبسنة كاملة .. ولكن أحيانا ما يحدث فى الواقع غير ذلك : –

(أ) ففى بعض الأحيان لا يتم تعيين الأطباء المقيمين إلا بعد شهر إبريل .. وبالتالى فإنه لا يمكنهم التسجيل فى دور إبريل .. وينتظرون التسجيل فى دور أكتوبر .

(ب) وفى بعض الأحيان تشترط بعض الأقسام مرور فترة من النيابة قبل السماح بالتسجيل .

(ج) وفى كلية مثل طب عين شمس لا يتم التسجيل فى إبريل وأكتوبر وإنما فى أكتوبر فقط .

وهكذا تتأخر نقطة البداية عند بعض هؤلاء الأطباء المقيمين مؤثرة على تاريخ انتهائهم من درجة الماجستير .

وفى أحيان قليلة أخرى يتأخر الأطباء المقيمين فى إعداد رسالة الماجستير ، ومن ثم تمتد مدة حصولهم على الماجستير لأكثر من سنتين .

غير أنه من الملاحظ فى الفترة الماضية كلها ومنذ بدأ التسجيل للماجستير كدرجة علمية فى قطاع التعليم الطبى (أى منذ ١٩٧٣) أن النواب فى العادة ينتهون من هذه الدرجة فى عامين ونصف على أكثر تقدير ، ويصبحون جميعا مع انتهاء فترة النيابة أو بعدها بقليل جدا مستحقين لدرجة مدرس مساعد .

وهذا يفسر لنا كيف أن وظيفة معيد فى السلم الجامعى فى الأقسام الاكلينيكية بكليات الطب غير مشغولة فى كثير من الأقسام ، فهى ليست إلا وظيفة انتقالية ريثما تتم عملية موافقة مجلس الكلية والجامعة .. الخ) على منح درجة مدرس مساعد .
ومع هذا فإن الأمر لايخلو من بعض استثناءات تعد على أصابع اليد الواحدة وتعكس اتجاهات بعض الأساتذة فى تقديرهم الظاهر والباطن لنوابهم ولأقسامهم .
وتعد مرحلة « النيابة » مرحلة فريدة فى كليات الجامعة كلها ، ففى كل كليات الجامعة يتم التعيين فى وظائف المعيدين منذ التخرج ، وحتى فى كلية الطب نفسها يتم التعيين فى وظائف المعيدين فى الأقسام الأكاديمية بعد انتهاء فترة الامتياز مباشرة ، ومع هذا فإن الأقسام الاكلينيكية فى كلية الطب (وقد تتبعتها بعض أقسام كليات طب الاسنان هى التى تأخذ بهذا النظام الذى ربما كان له أن يتوازى مع نظم أخرى قديمة أو فى جامعات الخارج ، ولكنه فى ظل نظام قانون الجامعات لم يسفر إلا عن النتائج الآتية :ـ

(١) زيادة ارتباط النائب بقسمة واستاذه ، من باب الحرص على نيل التقدير المؤهل للتعيين فى سلك المعيدين بعد ذلك .. ومع هذا فإنه فى بعض الكليات التى اتضح (أورسخ) فيها تقليد تعيين كل الأطباء المقيمين فى وظائف المعيدين أصبح هذا العامل الايجابى مرتبطا أكثر بذات العوامل التى تحكم حياتنا المصرية المعاصرة من ارتباط الآداء ومستواه بالقيم والاخلاق والطباع التى تربى عليها العاملون ، لا أكثر ولا أقل ، ولهذا فإن مسألة الارتباط أو الانتماء هذه أصبحت مسألة نسبية يختلف تقديرها من موقع وقوف صاحب الرأى فى التقييم ، كما أن أحدا لاينكر اضطراد نمو الأمراض الاجتماعية فى شخصيات النواب الذين يضطرون للمعاناة من تعدد أصحاب الرؤى والرأى فى التقييم .

(٢) شبهة إحساس النائب بالنقص تجاه الوظائف الأخرى : وذلك أنه رغم تفوقه الظاهر وأهمية وخطورة منصبه ، واتساع مدى صلاحياته فإنه يجد نفسه مدرجا تحت عنوان « العاملين فى الجامعة » وليس تحت عنوان « مساعدى أعضاء هيئة التدريس » مثل زملائه (الذين أهم أقل منه) من المعيدين فى الأقسام والكليات الأخرى .. وهى مسألة قد تمر مر الكرام طيلة ثلاث سنوات ولكنها عندما تفتح فإنها تترك مرارة هائلة حتى فى نفوس أكثر النواب قدرة على الصفاء !
وفى بعض الجامعات تصرف مكافآت الامتحانات مثلا على فئات متعددة ، بحيث ينال العاملون فى المستشفيات الجامعية نسبة أقل من العاملين فى إدارات الجامعة المختلفة وهكذا يجد النائب نفسه يصرف نسبة أقل من النسبة التى صرفها زميله المعيد فى الأقسام الاكاديمية ، وذلك بحكم الانتماء ! ! !

وفى بعض الأحيان يجد بعض الاداريين (وقد يكون منهم أطباء للأسف) لذة فى أن يعلنوا للنواب أنهم ليسوا تابعين لكلية الطب وإنما للمستشفيات الجامعية ! ! وكأن المستشفى الجامعى ليس جزءا من كلية الطب .. وهى نفس الروح التى أسهمت فى القرن التاسع عشر فى تدمير التعليم الطبى فى مصر على نحو ما فصل على باشا إبراهيم القول فى ذلك فى الجزء الذى ننقل عنه فى هذه المقدمة .

(٣) تأخير البدء فى مرحلة النضج البحثى والتعليمى إلى سن الثلاثين ، وهى المرحلة التى تتاح لأقران هؤلاء النواب من المعيدين فى الكليات الأخرى فى سن الثانية والعشرين .. ومن المعروف أن رسالة الماجستير التى تمثل أول جهد بحثى مطلوب من الطبيب الذى قد يصبح عضوا فى هيئة التدريس فيما بعد ذلك لا تستأهل من التقدير أكثر من ٢٠ ٪ من درجات الماجستير التى تتوزع على امتحانين [جزء أول ثم الرسالة ثم جزء ثانى ..] وأمام تضاءل الأهمية النسبية للرسالة [والتى لا تتراوح درجة المتقدم فيها إلا فيما بين ٨٠ ٪ ـ ١٠٠ ٪ حسبما مضى الحال فى ١٥ عاما] ومع ضيق الوقت المتاح لاعدادها يمكن مقارنة رسالة يقضى فيها صاحبها ما متوسطه ٤ سنوات فى الكليات الأخرى برسالة ماجستير الطب التى يمكن حساب مدتها من واقع محاضر جلسات المجالس الجامعية بدءا من تاريخ الموافقة على التسجيل إلى تاريخ الموافقة على المناقشة ، وهى مدة قد تنخفض إلى شهرين وقد يكون متوسطها فى حدود الشهور الستة .. هذا بالاضافة إلى غياب « البحث » من العملية التعليمية فى تعليم الطب فى مرحلة البكالوريوس على حين يجد « البحث » أو « مادة البحث » مجالا فى الكليات الأخرى ..

والمهم فى هذه النقطة أن الطبيب المنتسب إلى سلك الجامعة فى التخصصات الاكلينيكية لايمارس عملية البحث وكذا عملية التعليم ، إلا عندما يكون مدرسا مساعدا . وتضيع منه (أو تضيع على نظامنا الطبى) فرصة الافادة من فترة « المعيد » .. وذلك بحكم أن الأطباء المقيمين يجاوزون مرحلة المعيد لأنهم لا يبقون فيها كثيرا ولا قليلا .. بل يمكن القول أنهم يبدأون السلم الجامعى من مرحلة مدرس مساعد .

وفيما قبل ١٩٧٢ لم تكن هناك درجة مدرس مساعد وإنما كانت هناك درجة معيد ينتظم فيها كل أولئك الذين لم يحصلوا على الدكتوراه ، وفيها الحاصلون على الماجستير والذين لم يحصلوا عليه بعد [هذا باستثناء فترة واحدة فى التعليم الجامعى المصرى وجدت فيها هذه الدرجة فى الخمسينات] وحين استحدث القانون الجديد ٤٩ لسنة ١٩٧٢ هذه الدرجة فى السلم الجامعى كتب الدكتور شمس الدين الوكيل وزير التعليم العالى يومها فى المذكرة الايضاحية للقانون « كضرب من الحوافز والميزات للمعيدين الحاصلين على درجة الماجستير أو ما يعادلها وهم يلجون المرحلة الأخيرة قبل الدخول فى تلك أعضاء هيئة التدريس » .
ولهذا كله فإن التفكير فى إعادة تقييم الموقع الوظيفى للطبيب المقيم يستدعى كثيرا من التأمل من أجل تحقيق وجهين هامين لهذه الوظيفة : ـ
أولهما : ألا تفوته الفرصة المتاحة [للمعيد] فى مجاوزته لوظيفة المعيد بحكم الظروف التى حكينا عنها .
ثانيهما : ألا تقل مكانته العلمية وفى سلك الجامعة كواحد من مساعدى هيئة التدريس عن مكانة [المعيد] .
وقد يتحقق هذا إذا اعتبرنا أن كلمة النائب هى الموازية تماما وقانونا للمعنى أو للفظ الذى يقول (معيد اكلينكى) مثلا ، وللنائب أن يمتد فى وظيفة معيد عامين آخرين بحيث تكتمل له الفرصة التى تتاح للمعيدين فى التخصصات الأخرى للحصول على درجة الماجستير ، وبعدها يحولون إلى أعمال إدارية ، وكذلك يكون الحال بالنسبة للنائب فى الأقسام الاكلينيكية الذى تتاح له الآن بفضل النظام ٨ سنوات كاملة للحصول على الماجستير ، وهو ما قد يهدد نظامنا الطبى الجامعى فى المستقبل إذا لم يكن هناك الحماس عند بعض هؤلاء للتعلم !!! أما أولئك الذين يتمون الماجستير مع نهاية السنوات الثلاث فينقلون إلى درجة مدرس مساعد متى توافرت لهم هذه الدرجات أو يمنحون اللقب العلمى حتى تتوفر الدرجة المالية (كالحال فى درجات الجامعة) . وأما أولئك الذين يتمون الماجستير قبل انتهاء النيابة فإن عليهم الانتظار إلى أن يتموا المدة المؤهلة لتعيينهم فى وظائف مدرسين مساعدين !!

ومن العجيب في هذا الصدد أنه ليست هناك مدة محددة يشترط قضاؤها في النيابة للتعيين في وظيفة مدرس مساعد غير الحصول على الماجستير ! ! وهكذا نجد أنفسنا أمام منطلق شاذ في ظل الأوضاع الحالية .. فإذا كان هناك نائب حاصل على الماجستير أثناء نيابته ففي وسع الكلية أن تعينه مدرسا مساعدا بينما ليس في وسعها أن تعينه معيدا مالم يستوف مدة السنوات الثلاثة في النيابة (والتعيين في الحالتين عن طريق الاعلان)

ومعنى هذا أن مرحلة [معيد] في الكادر الوظيفي لأطباء الأقسام الاكلينكية يجوز تخطيها بمنتهى السهولة .. وهذا هو المعنى الذي نود الالتفات إليه فمادام عندنا نظراء المعيدين فعلا فلماذا لا نعتبرهم كذلك بالفعل .

ومع هذا كله فإن الأمانة تقتضي أن نركز على ناحية هامة قد يكون الزمن قد أغفلها مع مروره .. فقد كان القصد في الماضي من توسيع قاعدة تعيين الأطباء المقيمين بحيث لايكونون كلهم في المستقبل معيدين هو اتاحة الفرصة أمام مستشفيات وزارة الصحة لتدريب أكبر عدد ممكن (مع امكانات التعليم الطبي الممتاز المتناسب بالطبع مع عدد الأسرة على أعلى مستوى في الجامعة) .

ثم إتاحة الفرصة أمام مستشفيات وزارة الصحة والهيئات الأخرى للاستفادة من هؤلاء النواب الذين لم يعينوا في وظائف هيئات التدريس .

ولا شك أن هذا القصد من أوجه ما يمكن ، وهو ذاته يمثل أوجه حجة يرفعها من يؤيدون استمرار وضع النواب كما هو عليه الآن وعدم الأخذ بمبدأ تعيينهم كمعيدين اكلينكين .

ومن الحق قبل أن نرد على هذه الفكرة أن نذكر أن أعظم أطبائنا في المحافظات في جميع المتخصصات كانوا جميعا من هذه الطبقة التي قضت نيابتها في القاهرة وعين شمس والاسكندرية ثم عملت في وزارة الصحة مباشرة وتولت رئاسة أقسام المستشفيات العامة ، بل وكان هؤلاء هم نواة الجامعات الأقليمية حين نشأت ، فقد واصلوا دراساتهم طيلة الفترة التي انقضت منذ انتهاء نيابهم ، وحتى قبيل افتتاح كليات الطب الأقليمية ، فلما أعلنت هذه الكليات في طنطا والمنصورة والزقازيق وشبين الكوم والاسماعيلية والمنيا وبنها بل وفي الازهر من حاجتها كان هؤلاء قد استكملوا تأهليهم بالفعل .

وبالطبع فإن أحدا لا يستطيع إنكار ضرورة قيام الجامعة بواجبها في تخريج مثل هذه الطبقة ! !

ولكن كل هذا يصبح كلاما نظريا حين نواجه بالأمر الواقع في صور ثلاث :ـ

الصورة الأولى :ـ حين نجد كل الأطباء المقيمين يعينون في وظائف المعيدين والمدرسين المساعدين وبالتالي فهو نظام نظري لتحقيق النادر ، ولا يتحقق النادر ، ولا يقاس عليه كما يقول الفقهاء في الشريعة والقانون .

الصورة الثانية :ـ حين شاء القدر أن يرسم لنا صورة حية لفشل هذه الفكرة ، حين رفض كل الأطباء المقيمين الذين عينوا على قوة طب بنها [من دفعتي ديسمبر ١٩٧٩ وديسمبر و ١٩٨٠ والدفعة التي بينهما يونيو ١٩٨٠ من خريجي كليات الطب المختلفة] العمل في وزارة الصحة بعد انتهاء نيابتهم ، وبحثوا عن كل المنافذ إلا وزارة الصحة .

الصورة الثالثة :ـ حين يؤثر بعض أصحاب الأمل في بناء المستقبل الانصراف إلى العمل سنتين أو ثلاثا خارج مصر عقب تعيينهم مدرسين مساعدين مباشرة وحتى قبل التسجيل لدرجة الماجستير ! ! !

هذه الصور الثلاث تريد أن تقول لنا إن المسألة تغيرت مع الزمن ، وإن معالجة الأمر ينبغي أن تنبع من أرض الواقع الجديد حتى لا تضفر لأن نجعل السلوك الفعلي شيئا غير الذي على الورق ! !

[٣١] التوزع الجغرافي لمؤسسات التعليم الطبي المصرية .

ربما يكون من براعة الاستهلال أن نشير إلى أن التعليم الطبي الحديث في مصر بدأ اقليميا ، إذ بدأ في أبو زعبل ، ثم انتقل إلى قصر العيني .

وربما يكون من المهم أيضا أن تشير إلى الشعور الشعبي (الجارف) المصاحب لانشاء كلية طب في المنصورة حيث لا تزال الجماهير كما ذكرنا في موضع آخر تسمى مستشفى كلية طب المنصورة :ـ قصر العيني المنصورة حتى الآن ورغم استقلال جامعة المنصورة منذ ١٥ عاما ، ووجود كلية للطب هناك منذ ٢٥ عاما .

وربما يكون من المهم ثالثا أن نشير إلى أن ست كليات طب من الكليات المصرية تقع في محيط دائرة ضيقة جدا قد يكون مركزها في أي نقطة على رقعة الدلتا ويكون محيطها شاملا في الشرق : الاسماعيلية والزقازيق ، وفي الغرب : طنطا وشبين الكوم ، وفي الجنوب : بنها ، وفي الشمال : المنصورة .

وإذا كانت مدينة (ميت غمر) مثلا أبرز المدن الكبيرة التي تقع في مركز هذه الدائرة فإن في وسع مواطنها أن يكون في أي من هذه العواصم الستة فيما لايزيد عن ساعة من الزمن (على الأقل في خمس من هذه العواصم) .

وإذا امتدت هذه الدائرة قليلا جدا إلى الجنوب لتشمل القاهرة فسوف تضم إلى هذه الكليات أربعا أخرى هى بـالطبع التـى فى قصر العينى والدمرادش والأزهر بنين وبنات . هذا فضلا عن معهد الاورام القومى فى جامعة القاهرة .

وإذا امتدت هذه الدائرية إلى الشمال فسوف تضم ما فى جامعة الاسكندرية من كلية طب ومعهدين آخرين .

ويبقى الوجه القبلى كله لا يتمتع إلا بكلية طب واحدة فى أسيوط ظلت تعانى من مشكلات عديدة فى بناء مسـتشفاها الجـامعى حتـى افتتحه الرئيس محمد حسنى مبارك الشهر الماضى ..وكلية أخرى عانت أشد المعاناة من هجمات أهل القاهرة واستكثارهم لـوجودهم على أهل الوجه القبلى أو على عروس الوجه القبلى !!

وفى سوهاج آمال طموحة لبناء كلية الطب هناك تلاقى كثيرا من الكبت المتعمد ..

وفى قنا آمال أخرى ، ولكنها لا تجد حتى من يرتفع بها صائحا أو مناديا ، وفى العدد الثالث عشر لمجلة البيئة لجامعة الزقازيق التـى أشرف برئاسة تحريرها مقال ممتاز للدكتور الطاهر مكى وكيل دار العلوم فى القاهرة فيه حديث عن جامعة قنا يستأهل أن تطلع عليه نفوس لها قلوب حريصة على امتداد الجامعات واشعاعها إلى مثل هذه المناطق !!

ومع أن فى الفيوم وبنى سويف فرعين لجامعة القاهرة العريقة ذات كلية الطب المتضخمة بالأساتذة وأعضاء هيئات التـدريس إلا أن انتباهنا الوطنى إلى أهمية الخروج إلى هاتين الحاضرتين لم يجد بعد مجالا للعمل أو الأمل .

ومع هذا كله فإن النواة الواضحة لهذه الكليات تتزايد على محاور ثلاثة : **المحور الأول** محور الأفراد والكفاءات التـى أعـدت نفسها بالفعل ليوم قادم بلا محالة إلى هناك ، **ومحاور الآمال** والوعى العام الذى يتزايد شئنا أم لم تشأ لأن العالم كله ينمو فى وعيه العام ، ولم يعد فى وسعنا ألا نكون جزاءا من هذا العالم بعد ما أصبح فى كل حقل من حقول الريف المصرى تليفزيون ينقل ما فى أرجاء مصر كلهـا والكون كله .

ثم المحور الثالث ، وهو محور ارتقاء المهنة نفسها ولا شك أن مهنتنا الطبية ترقى يوما بعد يوم ، حتى وإن أصاب مستوى أصحابها بعض الانحدار لظروف قاسية أو مؤقتة ، ومن رقى المهنة أن يكون لها معاهد للتعليم والتعلم ، ولخدمة المجتمع على مستوى أرفع ممـا يتهيأ فى وزارة تقوم درجاتها على الاهتمام بالبيروقراطية قبل الاهتمامات الجامعية التى مهما أصـابها فهـى حـريصة على الأصـابة والاضافة والبحث والتجويد والمنافسة والارتباط العالمى .

إذا تأملنا قائمة المدن المصرية المرتبة تبعا لتعداد السكان والتى نشرتها فى العدد الثالث عشر من المجلة البيئية لجامعة الزقازيق سبتمبر ١٩٨٦) فسوف نجد قدرا من انعدام عدالة التوزيع فيما يتعلق بتوزع كليات الطب على هذه المدن ، وقد نقلنا ٢٥ مـدينة من القائمة ، ورمزنا لكليات الطب الموجودة فى هذه المدن برقم هو رقمها الترتيبى من حيث النشأة .

ترتيب مدن الجمهورية تنازليا حسب تعداد السكان *

[طبقا لاحصائية الجهاز المركزى المنشورة فى مجلة جمعية المهندسين المصرية (١٩٨٢)]

المدينة	التعداد	كليات الطب
١ القاهرة	٥,٠٨٤,٤٦٣	١، ٣، ٧، ٩
٢ الاسكندرية	٢,٣١٨,٦٥٥	٢
٣ الجيزة	١,٢٣٢,٦٥٤	(القاهرة الكبرى)
٤ شبرا الخيمة	٣٩٣,٧٠٠	(القاهرة الكبرى)
٥ المحلة	٢٩٢,٨٥	لايوجد
٦ طنطا	٢٨٤,٦٣٦	٥
٧ بورسعيد	٢٦٢,٦٢٠	لايوجد
٨ المنصورة	٢٥٧,٨٦٧	٦
٩ أسيوط	٢١٣,٩٨٣	٤، ١٤
١٠ الزقازيق	٢٠٢,٦٣٧	٨
١١ السويس	١٩٤,٠٠١	لايوجد
١٢ دمنهور	١٨٨,٩٢٧	توجد مستشفى تعليمى مرتبطة بالاسكندرية
١٣ الفيوم	١٦٧,٠٨١	لايوجد
١٤ كفر الدوار	١٦٠,٥٥٤	لايوجد
١٥ المنيا	١٤٦,٤٢٣	١٣
١٦ الاسماعيلية	١٥,٩٧٨	١١
١٧ أسوان	١٤٤,٣٧٧	لايوجد
١٨ بنى سويف	١١٨,١٤٨	لايوجد

١٩ شبين الكوم	١٠٢,٨٤٤	١٢
٢٠ سوهاج	١٠١,٧٥٨	لايوجد
٢١ قنا	٩٣,٧٨٧	لايوجد
٢٢ دمياط	٩٣,٥٤٦	لايوجد
٢٣ الأقصر	٩٢,٧٤٨	لايوجد
٢٤ بنها	٨٨,٩٩٣	١
٢٥ كفر الشيخ	٧٧,٧٣٥	لايوجد

[٣٢] ضرورة الانقسام الثنائى فى كليات الطب .

لم يعد من الممكن استمرار كليات الطب بنفس الحجم الذى هى عليه الآن مع تزايد أعداد الاساتذة والاساتذة المساعدين والمدرسين والمدرسين المساعدين على النحو المتوقع من المنحنى الخاص بذلك ، من دون نشأة مشكلة التضخم أو ما يمكن التعبير عنه مثلا فى حالات الانيميا بـ Macrocytic Hyperchromic Anaemia

ذلك أن الاعداد تتزايد بطريقة مطردة ، ومع أنها لم تصل الى حد المتوالية الهندسية فى التزايد فإنها بالقطع تفوق المتتالية الحسابية .

ومما يضيف الى المشكلة أن الوصول الى الاستاذية الآن أصبح ممكنا فى سن الاربعين فى المتوسط (أو عامين قبلها أو عامين بعدها) وهكذا يصبح الوضع الطبيعى أن يستبقى هؤلاء أنفسهم فى مراكز الاستاذية ، وبعبارة أخرى يتجمع العدد [ويتراكم] عاما بعد عام ويمكن لنا أن نتخيل الوضع فيما يتعلق بعدد الاساتذة فى أى قسم من أقسام الجامعات الاقليمية فى عام ١٩٩٥ (أى بعد ثمان سنوات من الآن) ببساطة شديدة بأن نحسب عددهم بجمع أعداد الاساتذة + الاساتذة المساعدين + المدرسين ، ذلك أن فى امكان المدرسين المعينين فى ١٩٨٧ أن يصلوا الى درجة الاستاذية بعد ٨ سنوات .. ومع احتساب نسبة احتياطى ٢٠٪ لحالات الوفاة (لاقدر الله) أو الاستقالة أو التأخر فى الترقية (والتى لا تزيد عن عام واحد) ، فإنه يمكن لنا أن نصل الى عدد الاساتذة بصورة تقريبية جدا فى سهولة ويسر .

بل يمكن القول إنه سوف يكون هناك عام ١٩٩٧ ــ إن شاء الله ... استاذا فى كليات الطب المختلفة ، وذلك باعتبار مدة ١٠ سنوات كافية جدا للترقيات فى كل من الجامعات الاقليمية والقديمة ، ووضع احتياطى (١٠٪ ــ ٢٠٪) كل هذه الارقام لابد أن تعطينا فكرة واضحة عن الدوافع التى تستدعى منا التفكير الجاد فى الوسيلة المثلى لتحقيق النمو الحقيقى فى كليات الطب المصرية ، واعتقد أن الوسيلة الأنسب لكليات الطب الكبيرة هى « الانقسام الثنائى » .. وقبل أن نتحدث عن جوانب هذا الحل ينبغى لنا أن نستعرض الأسباب التى تدفعنا الى تزكيته . ــ

(١) **السبب الاول** : أن أسلوب التزاوج لم يعد ممكنا فى ظل ظروف اجتماعية واقتصادية يستحيل معها أن يأخذ عنصر الحركة الديناميكية مكانته الطبيعية ، فقد أصبح من الصعب مثلا على أى استشارى أو عضو هيئة تدريس أن يبدأ طريقه فى العمل الخاص (وهو النقطة الجوهرية فى حياته المهنية) بعيدا عن المكان الذى ترعرع فيه نشاطه !! ، وهكذا فمن الصعب مثلا أن تنتظر من استاذ مساعد فى طنطا أن يقبل الترقية الى استاذ فى الاسماعيلية ، ولو خير فى شأن هذه الترقية لفضل البقاء فى الاسماعيلية !!

(٢) **السبب الثانى** : أن الجامعات لم تعد فى حاجة (على الاقل حاجة ظاهرة) **إلى تطعيم هيئاتها** بأعضاء جدد من خارج الجامعة ، وذلك بعد أن وصل العدد الى هذا الرقم الكبير جدا ، والذى غطى كل التخصصات فعلا أو قولا !

(٣) **السبب الثالث** : أن عملية إنشاء مجتمع جديد يتقبل أعضاءه بالتدريج وعلى الهوينى لم تعد ممكنة فى ظل التزاحم على الفرص المتاحة فى الارض البكر من ناحية ، أو فى ظل التباعد عن بذل الجهد فى الأرض البور من ناحية أخرى .. ولايمكن أن يكون المجتمع الجديد إلا واحدا من هذين النمطين .

(٤) **السبب الرابع** :ــ ان الانقسام الثنائى هو الحل الوحيد الذى يمكن خطط النمو والتنمية من تحقيق اقصى قدر من الاحترام العلمى والاكاديمى والادارى والوظيفى للكيان الجديد باعتباره نصف الكيان القديم بالضبط ، نصفه فى عدد الكفاءات والخبرات ، وفيه تتضح كل قدرات هذه الكفاءات .

كيف يمكن تحقيق الانقسام الثنائى ؟

فى كثير من الجامعات العالمية كليتان للطب ، بل وفى مصر هناك جامعة اقليمية فيها كليتان للطب (بينهما أقل من ٢٠ ميلا) هذا فضلا عن الجامعتين الكبيرتين اللتين تضمان معاهد غير كلية الطب الى جارها .

لماذا لا يكون فى جامعة القاهرة مثلا كليتان للطب ، كلية طب قصر العينى (أ) ، وكلية طب (ب) وليكن اسمها « الفسطاط » أو الرازى أو الزهراوى .. الخ) . وتتوزع هيئات التدريس على الكليتين بالتساوى تماما بحيث يكون كشف الاقدمية فى ايدينا فيكون الأول

من الاساتذة فى الكلية (أ) والثانى فى الكلية (ب) والثالث فى الكلية (أ) والرابع فى الكلية (ب) والخامس فى الكلية (أ) والسادس فى الكلية (ب) والسابع فى الكلية (أ) والثامن فى الكلية (ب) وهكذا .. ولنتأمل فى وضع كل من الكليتين :ـ

١ ـ ففى كل كلية منهما العدد المعقول من الاساتذة :ـ

وعلى سبيل المثال فى قصر العينى تصبح كل كلية وليدة تضم :ـ

وفى عين شمس تصبح كل كلية وليدة تضم :ـ

وفى الاسكندرية تصبح كل كلية وليدة تضم :ـ ١٢٨ أستاذا ، ٥٨ أستاذا مساعدا ، ١١٠ مدرسا

أليست هذه الأعداد كافية وزيادة لقيام مثل هذه الكليات ؟ ولنتجاوز حدودنا الى الاسماء ولندع القارىء يختار أى قسم من أقسام أى كلية من هاتيك الكليات ويجرى عملية القسمة وليتأمل بعد هذا حال الكلية الجديدة التى تنشأ الى جوار الكلية الأم !!

وفى كلية طب قصر العينى يصبح أساتذة الجراحة على سبيل المثال موزعين على الكليتين طبقا لهذا المنطق على النحو الآتى :

الكلية (أ)

١ ـ أحمد سامح همام
٢ ـ فتحى اسكندر بولس
٣ ـ مفيد ابراهيم سعيد
٤ ـ معتز الشربينى
٥ ـ نيهان قداح
٦ ـ أمير ناصف
٧ ـ نادر عبد الدايم
٨ ـ محمود حلمى ابو الخير
٩ ـ نبيل سيد عبد المجيد
١٠ ـ قيس عبد الدايم أبو العطا
١١ ـ على ابراهيم حسن ابراهيم
١٢ ـ محمد حلمى البتانونى
١٣ ـ مجدى محمد البربرى
١٤ ـ سمير عبد الحميد جلال
١٥ ـ السيد عبد الحليم صالح
١٦ ـ أحمد شريف عزب

الكلية (ب)

١ ـ حسين عبد الفتاح
٢ ـ هشام مورو
٣ ـ أحمد شفيق
٤ ـ عبد الرازق مسعود
٥ ـ محمد شوقى كمال
٦ ـ مصطفى عبد العزيز
٧ ـ عبد الفتاح عبد اللطيف حسن
٨ ـ عادل فؤاد رمزى
٩ ـ محمد صبحى أحمد زكى
١٠ ـ راضى أحمد سعد
١١ ـ محمد محمد قناوى
١٢ ـ ماجد سامى برسوم
١٣ ـ عبد القادر قطب
١٤ ـ طارق محمد فوزى
١٥ ـ خالد اسماعيل زهدى

وليس يخفى على أحد أن المدلول الأول والآخير من هذا المثل الذى ضربناه هو الحديث عن مدى الكفاءات التى لاحدود لهـا التـى ستتوفر لكل من الكليتين الجديدتين بعد عملية الانقسام الثنائى ، ففى كل واحدة منهما ١٥ أستاذا على الأقل للجراحة هم كفيلون بادارة ١٥ قسما على أعلى المستويات !! وبتعليم ١٥ طبيبا مقيما جديدا كل عام .. وبالاشراف على ١٥ بحثا ممتازا كل ٦ شهور ... وهلم جرا .

وكذلك الحال فى قسم الباطنة العامة فى كلية طب عين شمس :

الكلية (أ)

١ ـ محمد صادق صبور
٢ ـ محمود حسن مأمون
٣ ـ يحيى مهران
٤ ـ سهير السيد شعير
٥ ـ سمير محمد صادق
٦ ـ محمد فتحى شعارة
٧ ـ على مؤنس
٨ ـ سامى عبد الله عبد الفتاح
٩ ـ محمد أمين فكرى
١٠ ـ عمر فتحى محمد فتحى
١١ ـ بدوى عيسى محمود

الكلية (ب)

١ ـ نجيب محمد الطرابيشى
٢ ـ أبو المعاطى نبيه
٣ ـ عادل شاكر داود
٤ ـ وحيد محمد السعيد
٥ ـ محمد ضياء الدين سليمان
٦ ـ كوكب عزيز إبراهيم
٧ ـ محمد عوض الله سلام
٨ ـ محمد عبد الرحمن موسى
٩ ـ مغازى على محجوب
١٠ ـ حسين السيد الدمامى
١١ ـ سيد محمد رأفت

طبعا هذه عملية سهلة جدا على الورق ولكنها فى الواقع عند تقسيم المستشفيات والمبانى التعليمية من أصعب ما يمكن ، وهـذا هـو جوهر المشكلة .

ولهذا فإنه من الصعب البدء فى تطبيقها اليوم فى كل الجامعات ولكن فى جامعة مثل عين شمس مثـلا وقـد وصـلت طـاقة الاسرة فى مستشفياتها إلى ٣٨٥٠ سريرا وأصبح من الصعب ان تنتظم هذه الأسرة جميعا كلية واحدة ، أو ادارة واحدة فان من الأجدى البـدء فى اجراء مثل هذه العملية ولو على المستوى الاكلينكى كبداية .

بعبارة أخرى فلتبدأ عملية الانقسام الثنائى هذه على مستوى المرحلة الاكلينكية ولفترة من الزمن وبينما يمـكن اقـامة تجهيـزات للأقسام الاكاديمية تواكب الزمن الجديد الذى لابد لنا أن نواكبه .

وهذه الفكرة ليست بالفكرة السهلة ولعلها تتلاقى مع فكرة أخرى أكثر جرأة وهى فكرة الامتداد بالمستشفيات الجامعية الى كيانات أخرى من خلال قنوات التعاون مع وزارة الصحة والتأمين الصحى والقوات المسلحة .

وبعبارة أوضح لماذا لا تنشأ مع افتتاح معهد ناصر كلية طب جديدة تماما باسم هذا المعهد من هيئات تدريس طب القاهرة ومساعديهم والاطباء المقيميين .. واذا كان مجموع أسرة قصر العينى + معهد ناصر يبلغ ثلاثة أضعاف معهد ناصر بمفرده فلتكن الكلية الجديدة مكونة من الاستاذ الثانى والخامس والثامن فى قصر العينى بمعنى ان يظل فى قصر العينى الاستاذان الأول والثانى ، ويذهب الثانى ليرأس القسم المناظر فى الكلية الجديدة ، ويظل فى قصر العينى الاستاذان الرابع والسادس ويذهب الخامس ليكون الشخصية الثانية فى الكلية الجديدة وهكذا .

وعلى هذا كله فإن معهد ناصر أو كلية ناصر تصبح كلية طب جديدة لها عميد بالانتخاب ووكيلان ، ومجلس كلية وهى فى جامعة القاهرة مساوية تماما فى كيانها لقصر العينى !!! وللكليات الأخرى كالآداب والزراعة وشأن شأن كلية الهندسة ومعهد التخطيط العمرانى التابعين لجامعة القاهرة نفسها .

نحن لا ندعى ان هذه فكرة عبقرية ولكنها ربما تكون أو تمثل الحل الوحيد الذى أصبح متبقيا أمامنا لتحويل مشكلة النمو فى الكليات الطبية من وجهة الى وجهة ، من وجهة يكون فيها تزايد الاعداد صورة قريبة الى (السرطانات) ، الى وجهة يكون فيها هذا التزايد مرحلة من مرحلة النمو الذى لا نعرف له فى الفكر البيولوجى الا وسائل محددة استعرضناها فى أول هذا المقال !!

ومن السهل على الذين يجيدون الجدل ان يطرحوا السؤال القائل ولماذا هذه الكيانات الجديدة ؟

والجواب واضح لاننا جميعا نعرفه حين نشب عن الطوق وننفصل عن بيوت آبائنا لنكون البيوت الجديدة ، وحتى إذا اضطرتنا الظروف الى تأجيل هذه العملية بعض الوقت فإننا لن نؤجلها بصفة مطلقة فلكل شىء حدود .. وإلا فليحدثنا واحد من هؤلاء فيه الأب وقد بلغ فوق السبعيين وفيه خمسة من الأبناء بين الخمسين والستين وكلهم فرحون بالبقاء فى شقة أبيهم !!!

هل يتحقق جيل جديد فى الفكر أو فى التعليم الطبى اذا ظلت الأمور على هذا النحو !!

الجواب أوضح من أن نفصل القول فى تجديد الدم ، وخلق الفرصة أمام الابداع الجديد ، والبعد بالعلماء عن طابور يقفون فيه وهم ينتظرون جميعا الفرصة وقد أصبحت محدودة بالفترة فيما بين الثامنة والخمسين والتاسعة والخمسين فقط ليكونوا أصحاب الكلمة فى أمور القسم الذى ينتمون إليه !!

أليس مثل هذا الوضع هو الذى ينتظرنا فى أوائل القرن القادم ؟ فلا نجد له حلا إلا ابتداع مسميات أعلى من مسمى الاستاذية ؟ على نحو ما فعلنا فى درجة وكيل وزارة ورئيس قطاع مركزى .. الخ هذه الحلول البلهاء ؟ وحين نفكر فى بدء كلية جديدة تصمم على ان نبدأها بعيدا وتتعثر بغياب الكلية عن الاقبال عليها ؟ وتصبح الاقدميات والكفاءات فيها بعيدة عن السوابق عليها .

أليس هذا خير من هذا التضخم السرطانى الذى أصاب كلياتنا الكبيرة بحيث أصبح رؤساء الاقسام فى الكلية الواحدة يقدمون أنفسهم لبعضهم .. وقد حدث هذا والله العظيم أمام عينى رأسى فى كلية طب قديمة !! فما بالنا بالاساتذة ومن تلاهم ؟

الا نتدبر من اليابان قاعدتها الذهبية فى انها تحول الشركة الى شركتين فى اليوم التالى لبلوغ عدد العاملين فى الشركة نصابا معينا .. منعا للترهل والتسيب الادارى .

ومع هذا كله فكليات الطب الجديدة لن تزيد الاعداد المقبولة ولن تخلق مشاكل بطالة لأنها ستقتسم مع بعضها الاعداد المقبولة فى كليات الطب القديمة ، ولنفهم ان معنى فتح باب جديد لم يعد يعنى زيادة الاعداد ، وليطمئن أصحاب الرأى العام الذى ارهبتهم هذه الفكرة ، فإنما تحسب الاعداد اليوم فى لجنة قطاع الدراسات الطبية بصفة مجملة .

٣٤ | بعض الحقائق عن أعداد العاملين فى مؤسسات التعليم الطبى .

احصائية مقارنة باعداد السادة أعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم فى كليات الطب المختلفة
الموقف : ابريل ١٩٨٧

م	الكلية	اساتذة متفرغون وغير متفرغين	اساتذة	أساتذة مساعدون	مدرسون	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١	ـ طب القاهرة	١٠٤	٣٢٣	٢٢٠	٣١٩	٩٦٦	٣٤١	٩٥	٢٥٦	١٦٥٨
٢	ـ طب الاسكندرية	٥٩	١٩٧	١١٥	٢٢٠	٥٩١	٢٦٦	١٣٩	١٥٩	١١٥٥
٣	ـ طب عين شمس	٢٣	٢٤٨	١١٩	٢٢٣	٦١٣	٣١٧	٦٩	٢٧٣	١٢٧٢
٤	ـ طب أسيوط	٣	٧٣	٦١	٨٠	٢١٧	١٥٤	٦٤	١٨٥	٦٢٠
٥	ـ طب طنطا	٤	٦٧	٦٧	٧٩	٢١٧	١٥٢	٦٠	١٢٥	٥٥٤
٦	ـ طب المنصورة	٨	٩٠	٦٧	١١٠	٢٦٧	١١٧	١٩	١٤٢	٥٤٥
٧	ـ الأزهر بنين	٥	٩٩	٨١	١٣٥	٣٢٣	٢٥١	٦٨	١٨٢	٨٣٤
٨	ـ طب الزقازيق	٣	٣٨	٥٢	١٦٨	٢٦٣	٣٣٣	٨٤	٢٢٧	٩٠٧
٩	ـ بنات الازهر	ـ	٥١	٦٤	١٠٢	٢١٧	١٨١	٦٩	٧٠	٥٣٧
١٠	ـ طب بنها	ـ	١٦	٣٢	٥١	١١	٢١٩	١١٤	١١٨	٥٥٢
١١	ـ طب قناة السويس	ـ	٦	١٧	٣٧	٦٠	٨٦	١٨	٣٥	١٩٩
١٢	ـ طب المنوفية	ـ	٥	٧	٢٠	٣٢	٢٨	٢٥	ـ	٨٥
١٣	ـ طب المنيا	ـ	٥	٣	١٧	٢٥	٩٩	٣٥	ـ	١٥٩
١٤	ـ طب الأزهر بأسيوط	ـ	ـ	ـ	ـ	ـ	٤٣	٣٦	ـ	٧٩

جدول مقارن بأعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب قصر العينى

	استاذ متفرغ	استاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ ـ التشريح	١	٩	٤	٢١	٣٥	٩	٨	ـ	٥٢
٢ ـ الهستولوجيا	٣	٤	٧	٥	١٩	٢	٨	ـ	٢٩
٣ ـ وظائف الأعضاء	١	١١	٧	١٣	٣٢	٦	٨	ـ	٤٦
٤ ـ الكيمياء الحيوية	٤	٧	١١	١١	٣٣	٧	٧	ـ	٤٧
٥ ـ الباثولوجيا	٥	٦	٦	٧	٢٤	٩	٩	ـ	٤٢
٦ ـ الفارماكولوجيا	ـ	٨	٤	١١	٢٣	٦	٦	ـ	٣٥
٧ ـ البكتريا والطفيليات	٤	١٨	٥	٢٣	٥٠	١١	٦	ـ	٦٧
٨ ـ الجراحة العامة	١٣	٣١	١٧	٢٥	٨٦	٢٥	٦	٣١	١٤٨
٩ ـ التخدير	٥	١٦	١٧	٢٦	٦٤	٢١	٢	٢٦	١١٣
١٠ ـ الجراحة الخاصة	٥	٣٨	٢٨	٣٠	١٠١	٣٣	١	٣٣	١٦٨
١١ ـ الباطنة العامة	١٠	٢٨	١٦	٢٩	٨٣	٤١	٣	٣٠	١٥٧
١٢ ـ الباطنة الخاصة	٧	٣٤	٢٠	٢٥	٨٦	٣٩	٤	٣١	١٦٠
١٣ ـ القلب والصدر	٩	١٢	٣	١٣	٣٧	١٥	٢	٢٠	٧٤
١٤ ـ الصحة العامة	٢	٨	٩	١٠	٢٩	٩	٣	ـ	٤١
١٥ ـ الطب الشرعى	٢	٢	٢	٤	١٠	٤	٣	ـ	١٧
١٦ ـ الباثولوجيا الاكلينكية	٧	١٣	٢٠	٨	٤٨	١٢	٥	١١	٧٦
١٧ ـ النساء والتوليد	٢	٢٠	١٥	١٧	٦٠	٢٨	٤	١٩	١١١
١٨ ـ الرمد	٨	٢٣	٧	١٤	٤٧	١٣	٢	١٢	٧٤
١٩ ـ الاشعة	٣	٨	١٣	١٤	٣٩	٢٥	٨	٢٣	٩٥
٢٠ الاطفال	٤	٢٧	٩	١٣	٦٠	٢٦	ـ	٢٠	١٠٦
المجموع	١٠٤	٣٢٣	٢٢٠	٣١٩	٩٦٦	٣٤١	٩٥	٢٥٦	١٦٥٨

جدول مقارن باعضاء هيئات التدريس والمعيدين فى أقسام كلية طب القاهرة سنة ١٩٧٠

القسم	أستاذ ذو كرسى	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجى	٢	١	٨	١٨	٢٣
التشريح والهستولوجيا	١	ـ	٥	٥	١٩
الباثولوجيا	٤	٦	٨	١٧	٢٣
صحة عامة	٣	ـ	١	٦	١٠
طب شرعى	٢	١	١	٢	٣
الامراض المتوطنة	٢	١	٣	٣	١٣
الباطنة العامة	٥	١١	١٣	١٣	١٨
الباطنة الخاصة	٤	٤	٥	١٥	١٣
الأطفال	ـ	٧	٩	٨	٩
الجراحة	٥	١١	١٨	٢٠	٢٨
جراحة خاصة	٥	٦	١٠	١٦	١٣
النساء و التوليد	٢	٤	٩	٨	٨
الرمد	٢	٥	٦	١٢	٨
الاشعة	٢	٦	٢	٦	٨
المجموع	٣٩	٦٣	٩٨	١٤٩	١٩٦

جدول مقارن بأعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم فى الأقسام المختلفة بكلية طب الاسكندرية

	استاذ متفرغ	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة أعضاء التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم
١ ـ التشريح	ـ	٣	٥	٨	١٦	٧	١٧	ـ
٢ ـ الهستولوجيا	ـ	٣	٤	٤	١١	٥	٩	ـ
٣ ـ الفسيولوچيا	٣	٦	٨	٥	٢٢	٤	١٠	ـ
٤ ـ الكيمياء الحيوية	١	١	٢	٦	١٠	٦	١٢	ـ
٥ ـ الباثولوجيا	٢	٧	١	٦	١٦	٦	١٠	ـ
٦ ـ الفارماكولوجيا	٣	٣	٨	٤	١٨	٩	١٠	ـ
٧ ـ البكتريولوچيا	٢	٦	٤	٣	١٥	٧	١٠	ـ
٨ ـ الطفيليات	ـ	٣	٢	٢	٧	٦	٧	ـ
٩ ـ الصحة العامة	١	٥	٥	٧	١٨	٤	٢٠	ـ
١٠ ـ الطب الشرعى	ـ	١	٣	٢	٦	٧	٥	ـ
١١ ـ الجراحة	١٣	٣٦	٢٤	٤٣	١١٦	٦٢	ـ	٥٠
١٢ ـ التخدير	٣	١٢	١٢	١٦	٤٣	١٣	ـ	١٩
١٣ ـ الأنف والاذن والحنجرة	٢	٨	٣	٦	١٩	٦	٢	٤
١٤ ـ الجلدية والتناسلية	١	٦	٢	٣	١٢	٧	ـ	٢
١٥ ـ الباطنة	١٤	٣٥	١١	٤٩	١٠٩	٣٥	٩	٣٣
١٦ ـ الباثولوجيا الاكلينكية	٢	٧	١	٦	١٦	٦	١٠	٦
١٧ ـ النساء والتوليد	٢	٢٠	٣	١٧	٤٢	١١	٤	١٤
١٨ ـ الاشعة	٣	١٢	٧	١١	٣٣	٢٧	ـ	٨
١٩ ـ الأطفال	٥	١٤	٧	١٣	٣٩	٢١	٤	١٦
٢٠ ـ طب العين وجراحتها	٢	٩	٣	٩	٢٣	١٧	ـ	٧
المجموع	٥٩	١٩٧	١١٥	٢٢٠	٥٩١	٢٦٦	١٣٩	١٥٩

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس والمعيدين فى التخصصات المختلفة لكلية الطب جامعة الاسكندرية | ١٩٧٠ |

القسم	أستاذ ذو كرسى	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	معيد
الاقرباذين	١	١	١	٤	٥
الفسيولوجيا	١	ـ	٣	٢	١١
الكيمياء الحيوية	١	١	١	١	٦
التشريح	١	ـ	١	٣	٧
الهستولوجا	ـ	١	ـ	ـ	٦
الباتولوجيا	١	١	٢	٢	٤
البكتريولوجيا	١	١	ـ	ـ	٩
الباثولوجيا الاكلينكية	١	ـ	٤	٢	٦
الصحة العامة	ـ	١	٢	١	٤
الطب الشرعى	١	ـ	١	٢	٦
المتوطنة والطفيليات	١	٥	٢	٣	٦
الباطنة	٦	٣	٥	١٠	١٧
الاطفال	٢	ـ	٣	٥	٥
الصدرية	١	ـ	٢	١	٤
العصبية	١	٢	١	٢	٢
الجلدية والتناسلية	١	٥	١	٢	٤
الجراحة	٣	ـ	١٠	١٠	١٣
التخدير	١	١	٣	٦	٩
انف واذن	١	ـ	١	٢	٤
جراحة مخ واعصاب	١	ـ	٢	١	٣
مسالك بولية	١	١	٢	٢	٣
العظام	١	٢	٢	٣	٣
النساء والولادة	٢	١	٤	٥	٦
الرمد	١	ـ	٣	١	٦
الاشعة	٣	ـ	٢	٩	٧

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم فى أقسام كلية طب عين شمس ١٩٨٧

القسم	استاذ متفرغ	استاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع اعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١ التشريح	_	١٠	٢	١٣	٢٥	١٣	٢٠	_	٥٨
٢ الهستولوجيا	_	٤	٤	٧	١٥	١٤	٤	_	٣٣
٣ الفسيولوجيا	_	٥	٣	٨	١٦	١٠	_	_	٢٦
٤ الكيمياء الحيوية	_	٩	٣	١١	٢٣	١٤	٣	_	٤٠
٥ الباثولوجيا	_	٩	٩	١٠	٢٨	١١	_	_	٣٩
٦ الباثولوجيا الاكلينكية	_	١١	٥	١٠	٢٦	١١	_	٢٣	٦٠
٧ البكتربولوجيا	_	٥	٢	٣	١٠	٨	١٢	_	٣٠
٨ الطفيليات	٣	٨	٧	١١	٢٩	١٩	٨	_	٥٦
٩ الفارماكولوجيا	_	٥	٥	٨	١٨	٥	٨	_	٣١
١٠ الجراحة العامة	_	٢٢	١٣	١٨	٥٣	١٣	_	٢٥	٩١
١١ المسالك البولية	_	٦	٢	٤	١٢	٦	_	١١	٢٩
١٢ جراحة العظام	_	٦	٦	٥	١٧	٧	_	٢١	٤٥
١٣ جراحة الصدر والكلى	_	٤	١	٢	٧	٧	_	٦	٢٠
١٤ التخدير	١	١٢	٨	١١	٣٢	٢٨	_	٢٥	٨٥
١٥ الباطنة العامة	٦	٢١	١٤	١١	٥٢	٣٤	٣	٢٨	١١٧
١٦ النفسية والعصبية	_	١١	١	٨	٢٠	٩	_	١٠	٣٩
١٧ الأمراض الصدرية	_	٨		١	٩	٢	١	١١	٢٣
١٨ القلب والاوعية الدموية	٣	٦	٤	٥	١٨	٤	_	١١	٣٣
١٩ المناطق الحارة	_	٧	٢	٥	١٤	٢	_	٦	٢٢
٢٠ النساء والولادة	٤	١٤	١٠	١٠	٣٨	٢٢	_	٢٥	٨٥
٢١ الاطفال	٣	١٤	٣	٦	٢٦	٢٠	_	٢٠	٦٦
٢٢ طب العين وجراحتها	٢	٩	٢	١٣	٢٦	١٠	_	١٤	٥٠
٢٣ الصحة العامة	١	٢	٢	١٢	١٧	٨	٩	_	٣٤
٢٤ الاشعة العلاجية	_	_	١	٤	٥	٢	_	٦	١٣
٢٥ الاشعة التشخيصية	_	٦	٣	٧	١٦	٦	١	١٦	٣٩
٢٦ الأنف والأذن	٣	١١	٣	١٠	٢٧	١٥	_	٨	٥٠
٢٧ الجلدية والتناسلية	_	١١	١	٥	١٧	٧	_	٧	٣١
٢٨ الطب الشرعى	_	٩	٣	٥	١٧	١٠	_	_	٢٧
المجموع	٢٦	٢٤٥	١١٩	٢٢٣	٦١٣	٣١٧	٠٦٩	٢٧٣	١٢٧٢

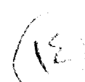
جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس والمعيدين فى الأقسام المختلفة بكلية طب عين شمس فى عام ١٩٧٠

القسم	استاذ ذو كرسى	استاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجيا	١	_	٢	٥	٧
الكيمياء الحيوية	١	١	١	٧	٥
الاقرباذين	١	١	٣	٣	٧
التشريح	١	_	٣	٦	٣
الهستولوجيا	١	_	١	٣	٥
الباثولوجيا	١	_	٢	٣	٥
الباثولوجيا الاكلينيكية	_	١	٥	٥	٥
البكتريولوجيا	_	_	١	٤	٧
الصحة العامة	١	_	_	٢	٤
الطب الشرعى	_	١	١	٥	٤
الطفيليات	١	١	٢	٤	٤
الأمراض المتوطنة	_	١	١	٣	٣
القلب	١	١	٢	٤	٢
الأمراض الباطنة	٥	١	١١	٤	١١
الجلدية والتناسلية	١	١	٢	٢	٣
العصبية والنفسية	١	_	٢	٥	٣
الصدرية	١	١	٢	٣	٢
الاطفال	٢	١	٤	٥	٤
الجراحة العامة	٥	٤	١١	٨	١٠
المسالك البولية		٢ ى شطب	٣	٣	٢
التخدير	١	٢	٤	٧	٧
العظام	١	_	٢	٤	٤
الأنف والأذن والحنجرة	٢	٢	٢	٥	٥
النساء والتوليد	١	٤	٥	٩	٦
الرمد	١	١	٤	٥	٥
الأشعة	١	_	١	٨	٤



جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم فى أقسام كلية طب أسيوط

	القسم	أستاذ متفرغ	استاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع الكلى
١	التشريح	—	٣	١	٦	١٠	٢	١	—	١٣
٢	الهستولوجيا	—	٢	١	٢	٥	٢	٤	—	١١
٣	الفسيولوجيا	—	٢	٦	٢	١٠	٢	٥	—	١٧
٤	الكيمياء الحيوية	—	٢	٣	—	٥	٦	٢	—	١٣
٥	الفارماكولوجيا	—	٥	٤	٣	١٢	٧	٦	—	٢٥
٦	الباثولوجيا والباثولوجيا الاكلينكية	١	٧	٥	٨	٢١	٧	٢٢	١٤	٦٤
٧	البكتريا والطفيليات	—	١٠	٦	١	١٧	١٢	٤	—	٣٣
٨	الصحة العامة	—	٤	٢	—	٦	١٠	٦	—	٢٢
٩	الجراحة العامة	—	٦	٨	٦	٢٠	١١	١	٢٤	٥٦
١٠	التخدير	—	٣	٤	١٠	١٧	١٠	—	٢٥	٥٢
١١	الجراحة الخاصة	١	٩	٩	١٢	٣١	١٤	١	٢٨	٧٤
١٢	الباطنة العامة	١	١	٣	٦	١١	١٦	٤	٢٦	٥٧
١٣	الطب الشرعى	—	٣	—	٢	٥	٢	٣	—	١٠
١٤	الباطنة الخاصة	—	٥	٥	٣	١٣	٢٣	٣	٢٣	٦٢
١٥	النساء والتوليد	—	٥	١	٩	١٥	٦	—	١١	٣٢
١٦	طب وجراحة العين	—	٢	—	٦	٨	٤	—	٨	٢٠
١٧	الأطفال	—	٣	١	٤	٨	٩	١	١٤	٣٢
١٨	الأشعة	—	١	٢	—	٣	١١	١	١٢	٢٧
	المجموع	٣	٧٣	٦١	٨٠	٢١٧	١٥٤	٦٤	١٨٥	٦٢٠



جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس والمعيدين فى الأقسام المختلفة بكلية طب أسيوط فى عام ١٩٧٠

القسم	أستاذ ذو كرسى	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجيا	١	—	١	—	٨
تشريح والهستولوجيا	١	—	١	١	١٢
باثولوجيا	١	—	١	١	٧
لميكروبيولوچيا	١	—	٥	٠	٩
الكيمياء الحيوية	١	١	—	٢	٤
الجراحة العامة	١	—	١	٢	٧
الطب الوقائى	—	—	١	١	٤
القلب (الباطنة الخاصة)	—	١	—	—	—
الرمد	١	—	—	١	١
باطنة عامة	١	—	١	٣	٢
الاطفال	١	—	—	١	—
النساء والتوليد	١	—	٢	٤	١
الجراحة الخاصة	—	—	٧	٣	٤
الفارماكولوچيا	—	—	٣	—	٨
الاشعة	—	—	—	١	—
الطب الشرعى	—	—	—	—	٣

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم فى أقسام كلية طب طنطا

القسم	أستاذ متفرغ	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع الكلى
١ التشريح والهستولوجيا	—	٣	٣	١٢	١٨	٧	٥	—	٣٠
٢ الفسيولوجيا	١	١	١	٢	٥	٣	٨	—	١٦
٣ الكيمياء الحيوية	—	٣	١٠	—	١٣	٢	٥	—	٢٠
٤ الباثولوجيا	—	٤	٤	٤	١٢	١٤	٤	—	٣٠
٥ البكتريا	—	٥	٧	١	١٣	٣	—	—	١٦
٦ الطفيليات	—	١	١	٢	٤	٤	٦	—	١٤
٧ الفارماكولوجيا	—	٢	٢	٤	٨	١	٢	—	١١
٨ الجراحة العامة	—	٥	٥	٥	١٥	١١	—	١٢	٣٨
٩ الجراحة الخاصة	١	٦	٦	٧	٢٠	١٤	١	٢٢	٥٧
١٠ الباطنة العامة	١	٤	٣	٣	١١	١٠	—	١٢	٣٣
١١ الباطنة الخاصة	١	٥	٤	٨	١٨	١٩	٢	١٨	٥٧
١٢ الجلدية والتناسلية	—	٤	—	٢	٦	٧	—	٤	١٧
١٣ الاطفال	—	٤	٢	٢	٨	٦	٥	١١	٣٠
١٤ طب وجراحة العين	—	٤	—	٤	٨	٨	٥	٨	٢٩
١٥ الانف والاذن والحنجرة	—	٢	٣	٥	١٠	٦	—	٥	٢١
١٦ الاشعة	—	١	—	٤	٥	٥	١	١٠	٢١
١٧ الصحة العامة	—	٣	٣	٢	٨	٣	٧	—	١٨
١٨ الطب الشرعى	—	—	٤	—	٤	٣	٧	—	١٤
١٩ النساء والتوليد	—	٥	٥	٤	١٤	٦	—	٩	٢٩
٢٠ الباثولوجيا الاكلينكية	—	٢	٢	٤	٨	٦	٢	٨	٢٤
٢١ التخدير	—	٣	٢	٤	٩	١٤	—	٦	٢٩
المجموع	٤	٦٧	٦٧	٧٩	٢١٧	١٥٢	٦٠	١٢٥	٥٥٤

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس والمعيدين فى الأقسام المختلفة لكلية طب طنطا | جامعة الاسكندرية | عام ١٩٧٠

م	القسم	استاذ ذو كرسى	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	معيد
١	ـ الكيمياء الحيوية	١	—	—	١	٣
٢	ـ الفسيولوجى	—	—	١	—	٥
٣	ـ التشريح	—	—	—	١	٥
٤	ـ الهستولوجى	—	—	—	—	٤
٥	ـ الاقربازين	—	—	—	—	٤
٦	ـ الرمد	—	—	—	١	—
٧	ـ الاطفال	—	—	—	٢	٢
٨	ـ النساء	—	—	—	١	٤
٩	ـ الجراحة	١	—	٢	٢	٩
١٠	ـ التخدير	—	—	—	—	٢
١١	ـ الباطنة	—	—	—	٢	٧
١٢	ـ الجلدية والتناسلية	—	—	—	١	—
١٣	ـ الصحة العامة	—	—	١	—	٣
١٤	ـ المتوطنة الطفليات	—	—	—	—	٢
١٥	ـ الباثولوجيا	١	—	—	١	٤
١٦	ـ البكتريولوجيا	—	—	—	—	٢
	المجموع	٣	—	٤	١٢	٥٦

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم فى الأقسام المختلفة لكلية طب جامعة المنصورة

م	القسم	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١	التشريح والهستولوجيا	٧	٥	٤	١٦	١٠	٥	—	٣١
٢	الفسيولوجيا	٢	١	٧	١٠	٨	—	—	١٨
٣	الكيمياء الحيوية	٣	١	٨	١٢	٤	٢	—	١٨
٤	الباثولوجيا	٣	٤	٥	١٢	٣	٢	—	١٧
٥	الباثولوجيا الاكلينيكية	٣	٣	٣	٩	٥	—	—	١٤
٦	البكتريولوجيا	٤	٣	٦	١٣	١	٢	—	١٦
٧	الطفيليات	٣	١	٦	١٠	—	١	—	١١
٨	الفارماكولوجيا	٣	٤	٢	٩	٤	١	—	١٤
٩	الجراحة العامة	٧	٥	٧	١٩	١٠	—	١٩	٤٨
١٠	الجراحة الخاصة	٨	٨	٩	٢٥	٧	—	١٣	٤٥
١١	التحذير	٣	١	٧	١١	٦	—	١٣	٣٠
١٢	الباطنة العامة	٩	١	١٣	٢٣	٨	—	٢٢	٥٣
١٣	الباطنة الخاصة	٧	٩	١٠	٢٦	١٦	٢	١٧	٦١
١٤	النساء والولادة	٥	٢	٥	١٢	٤	—	١٠	٢٦
١٥	الاطفال	٥	٥	٥	١٥	٤	—	٦	٢٥
١٦	طب العين وجراحها	٢	٥	٢	٩	٩	—	٧	٢٥
١٧	الصحة العامة	٥	٣	٣	١١	٢	٢	—	١٥
١٨	الاشعة	٣	١	٦	١٠	١٠	٢	١٧	٣٩
١٩	الانف والاذن	٣	٣	—	٦	٣	—	٥	١٤
٢٠	الطب الشرعى	٥	٢	٢	٩	٣	—	—	١٢
	الاستقبال	—	—	—	—	—	—	١٣	١٣
	المجموع	٩٠	٦٧	١١٠	٢٦٧	١١٧	١٩	١٤٢	٥٤٥

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس والمعيدين فى الأقسام المختلفة لكلية طب المنصورة | جامعة القاهرة | عام ١٩٧٠

القسم	أستاذ ذو كرسى	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	معيد
الفسيولوجى	١	—	—	٤	٩
الباتولوجى	١	—	—	١	١٩
التشريح	—	—	—	٤	١٤
الباطنة العامة	—	—	٢	١	٣
الباطنة الخاصة	—	—	—	٣	٢
الجراحة	—	—	٣	١	٣
الجراحة الخاصة	—	—	١	٤	٣
نساء وولادة	—	—	١	٢	١
اطفال	—	—	—	٢	١
الصحة العامة	—	—	١	—	٣
المتوطنة	—	—	—	—	٣
الطب الشرعى	—	—	—	—	—
الرمد	—	—	١	١	—
الاشعة	—	—	—	٢	١
المجموع	٢	—	٩	٢٥	٦٢

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم فى الأقسام المختلفة لكلية طب الأزهر بنين

م	القسم	الاســاتذة المتفرغون	الاساتذة	الاساتذة المساعدون	المدرسون	مجموع اعضاء هيئات التدريس	المدرسون المساعدون	المعيدون	الاطباء المقيمون	المجموع
١	التشريح	—	٣	٩	٤	١٦	٧	٨	—	٣١
٢	الهستولوجيا	—	٥	٢	٥	١٢	٨	٣	—	٢٣
٣	الفسيولوجيا	١	٥	٥	٢	١٣	٢	٧	—	٢٢
٤	الكيمياء الحيوية	—	٦	١	٦	١٣	٦	٦	—	٢٥
٥	الفارماكولوجيا	—	٣	١	٣	٧	٥	٨	—	٢٠
٦	البكتريولوجيا	—	٢	٢	٦	١٠	٥	٤	—	١٩
٧	الطفيليات	—	٢	—	٧	٩	٢	٢	—	١٣
٨	طب وجراحة العين	٢	٢	٥	٨	١٧	١٤	٤	٦	٤١
٩	الطب الشرعى	—	١	—	٧	٨	—	٥	—	١٣
١٠	الجراحة العامة	—	٨	٦	٨	٢٢	٣٠	—	٣٢	٨٤
١١	الباطنة العامة	—	٦	٤	٢	١٢	٨	—	٢٢	٤٢
١٢	العظام	—	٣	٣	٢	٨	٧	—	٧	٢٢
١٣	الانف والاذن والحنجرة	—	٤	٢	٦	١٢	٩	—	٦	٢٧
١٤	الجلدية والتناسلية	—	٤	٥	٣	١٢	٧	—	٦	٢٥
١٥	الاشعة	١	١	١	١	٤	١٣	٣	٨	٢٨
١٦	الباثولوجيا الاكلينكية	١	٦	٥	٢	١٤	١١	—	١٠	٣٥
١٧	المسالك البولية	—	٤	٤	٤	١٢	٩	—	٧	٢٨
١٨	العصبية والنفسية	—	١	٢	٦	٩	١١	—	٧	٢٧
١٩	الصدرية	—	١	١	٤	٦	٨	١	٨	٢٣
٢٠	الامراض المتوطنة	—	١	١	٤	٦	١٣	١	٦	٢٦
٢١	التخدير	—	٧	٣	٥	١٥	٢٨	—	١٣	٥٦
٢٢	العلاج الطبيعى	١	١	١	٤	٧	٢	—	٦	١٥
٢٣	النساء والتوليد	—	١٠	٥	١١	٢٦	١٠	١	—	٣٧
٢٤	الاطفال	—	٧	٧	٦	٢٠	١١	—	٢٩	٦٠
٢٥	القلب	١	٢	—	٧	١٠	١٥	٣	٩	٣٧
٢٦	الصحة العامة	—	٢	٥	٦	١٣	٥	٥	—	٢٣
٢٧	الباثولوجيا	١	٢	١	٦	١٠	٥	٧	—	٣٢
	المجموع	٨	٩٩	٨١	١٣٥	٣٢٣	٢٥١	٦٨	١٨٢	٨٣٤

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس بمعهد الأورام القومى جامعة القاهـــــــرة

القسم	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
جراحة الاورام	٩	٤	٧	١٤	—	١٣	٤٧
طب الاورام	٢	٢	٥	٧	١	٦	٢٣
بيولوجيا الاورام	٣	—	٥	٤	٤	—	١٦
الباثولوجي	٦	٥	٣	١	٨	—	٢٣
التخدير والانعاش	٣	١	٤	٥	—	٩	٢٢
الباثولوجيا الاكلينيكية	٦	٢	٣	٥	—	٦	٢٢
العلوم الاشعاعية	٥	٣	٩	٨	١	٧	٣٣
المجموع الكلى	٣٤	١٧	٣٦	٢٤	١٤	٤١	١٨٦

جدول مقارن بأعضاء هيئات التدريس والمعيدين فى أقسام معهد السرطان عام ١٩٧٠

القسم	استاذ ذو كرسي	استاذ	أستاذ مساعد	مدرس	معيد
(١) جراحة السرطان	٢	—	٣	٤	١
(٢) سرطان الدم	—	—	—	٢	—
(٣) باثولوجيا السرطان	—	—	—	٢	٢
(٤) تخدير السرطان	—	—	١	—	١
(٥) باثولوجيا حيوية	—	—	—	٢	١
(٦) الكيمياء	—	—	—	١	—
(٧) فيزياء اشعاعية	—	—	—	٢	—
(٨) أشعة	—	—	—	١	٢
(٩) إحصاء طبى	—	—	٤	—	١
المجموع	٢	—	١٤	٨	٢٨

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس ومعاونيهم فى الأقسام المختلفة لكلية طب الزقازيق

م	القسم	استاذ متفرغ	استاذ	استاذ مساعد	مدرس	مجموع اعضاء هيئات التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١	التشريح	—	١	—	٩	١٠	٤	٦	—	٢٠
٢	الهستولوجيا	—	—	٢	٤	٦	٩	٨	—	٢٣
٣	الفسيولوجيا	—	١	—	٦	٧	٣	١٠	—	٢٠
٤	الكيمياء الحيوية	—	١	—	٦	٧	٣	١٢	—	٢٢
٥	الباثولوجيا	١	١	٣	٧	١٢	٩	٧	—	٢٨
٦	الفارماكولوجيا	—	—	١	٦	٧	٨	١٢	—	٢٧
٧	البكترولوجيا	—	—	٣	٨	١١	٢٢	٥	—	٣٨
٨	الطفيليات	١	٢	٢	٤	٩	١٦	٢	—	٢٧
٩	الصحة العامة	—	١	١	٦	٨	١٠	٩	—	٢٧
١٠	الطب الشرعى	—	—	—	٦	٦	٥	٢	—	١٣
١١	الجراحة العامة	—	٣	٧	١١	٢١	٢١	—	٢٥	٦٧
١٢	المسالك البولية	—	٣	٣	٦	١٢	٩	١	٨	٣٠
١٣	الجراحة الخاصة	—	٤	١	٨	١٣	١٩	٣	١٧	٥٢
١٤	التخدير	—	٢	٣	٧	١٢	٢٢	—	٢٠	٥٤
١٥	الباطنة العامة	—	٢	٧	٨	١٧	٣١	—	٢٠	٦٨
١٦	الباطنة الخاصة	١	٣	٥	١٣	٢٢	٣٨	١	٣٨	٩٩
١٧	الجلدية والتناسلية	—	٢	١	٤	٧	١١	—	١١	٢٩
١٨	الباثولوجيا الاكلينكية	—	٢	٢	٤	٨	٩	٢	١٥	٣٤
١٩	الاطفال	١	١	٤	١٤	٢٠	٢٥	١	١٢	٥٨
٢٠	طب وجراحة العين	—	١	٣	١١	١٥	١٤	—	١٢	٤١
٢١	الانف والاذن	—	٤	١	٦	١١	١١	٢	١٤	٣٨
٢٢	الاشعة	١	—	—	٧	٨	٦	—	١٩	٣٣
٢٣	النساء والتوليد	—	٤	٣	٧	١٤	٢٨	١	١٦	٥٩
	المجموع	٥	٣٨	٥٢	١٦٨	٢٦٣	٣٣٣	٨٤	٢٢٧	٩٠٧

جدول مقارنة بأعداد أعضاء هيئات التدريس فى الأقسام المختلفة بكلية طب بنات الأزهر

	القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم
١	الهستولوجيا	١	٢	٦	٩	٧	٩	—
٢	التشريح	٢	٢	٥	٩	٦	٦	—
٣	الفسيولوجيا	٣	٣	٧	١٣	٩	—	—
٤	الكيمياء الحيوية	٥	٢	٢	٩	٥	٩	—
٥	الباثولوجيا	٢	٣	٤	٩	٦	٤	—
٦	الفارماكولوچيا	٣	٣	٤	١٠	٣	١	—
٧	البكتريالوچيا	٤	٤	٦	١٤	٦	٦	—
٨	الطفيليات	١	٢	٣	٦	٥	١٠	—
٩	الصحة العامة	٢	١	٦	٩	٤	٤	—
١٠	الطب الشرعى	—	٢	٤	٦	٨	١	—
١١	الجراحة العامة	٤	٧	٧	١٨	١٧	—	٨
١٢	العظام	٤	—	١	٥	٤	—	٤
١٣	المسالك	١	٢	١	٤	٧	—	٢
١٤	التخدير	٣	٤	١٠	١٧	١٢	٤	١١
١٥	الرمد	١	٣	٦	١٠	٦	—	٢
١٦	الانف والاذن	١	١	٣	٥	٧	٣	٢
١٧	الأشعة	١	٣	١	٥	٥	٢	٤
١٨	النساء	٥	٤	١١	٢٠	١٢	—	٨
١٩	الباطنة العامة	٢	٤	٣	٩	١٥	١	١٠
٢٠	الباطنة الخاصة	١	٣	٤	٨	١٤	٥	٩
٢١	الجلدية والتناسلية	—	٢	٢	٤	٦	—	٢
٢٢	الباثولوجيا الاكلينيكية	٣	٤	٣	١٠	١١	٣	٣
٢٣	الأطفال	٢	٣	٣	٨	٦	١	٥
	المجموع	٥١	٦٤	١٠٢	٢١٧	١٨١	٦٩	٧٠

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس فى الأقسام المختلفة بكلية طب بنها

		الاساتذة	الاساتذة المساعدون	المدرسون	مجموع هيئة التدريس	المدرسون المساعدون	المعيدون	الاطباء المقيمون	المجموع
١	التشريح	١	—	—	١	٤	٩	—	١٤
٢	الهستولوجيا	١	—	٢	٣	١	١٣	—	١٧
٣	الفسيولوجيا	—	—	١	١	١	٦	—	٨
٤	الكيمياء الحيوية	١	١	١	٣	٢	١٠	—	١٥
٥	الباثولوجيا	—	—	١	١	٥	٧	—	١٣
٦	الباثولوجيا الاكلينيكية	—	٢	—	٢	٦	—	٩	١٧
٧	البكتريولوجيا	—	١	١	٢	٦	٢٤	—	٣٢
٨	الطفيليات	١	١	١	٣	٧	٨	—	١٨
٩	الفارماكولوجيا	١	—	—	١	٤	١٦	—	٢١
١٠	الجراحة	٢	٤	٨	١٤	١٦	—	١٤	٤٤
١١	المسالك البولية	٢	١	٥	٨	٤	—	٧	١٩
١٢	العظام	١	١	٣	٥	٧	—	٦	١٨
١٣	التخدير	—	٣	١	٤	١٢	—	٩	٢٥
١٤	الباطنة	٢	٤	٣	٩	٣٤	—	٣٢	٧٥
١٥	النساء والولادة	١	٤	٢	٧	٢٤	—	٦	٣٧
١٦	الاطفال	١	٢	٤	٧	٣٦	—	٦	٤٩
١٧	طب العين وجراحتها	—	٣	١٠	١٣	١١	١	٨	٣٣
١٨	الصحة العامة	١	١	٢	٤	٦٨	١٢	—	٢٤
١٩	الأشعة	—	—	—	—	١٢	—	٨	١٤
٢٠	الانف والاذن والحنجرة	١	٢	٣	٦	٨	١	٧	٣٦
٢١	الجلدية والتناسلية	—	٢	٣	٥	٥	—	٦	١٩
٢٢	الطب الشرعى	—	—	—	—		٧	—	١٢
	المجموع	١٦	٣٢	٥١	٩٩	٢٢٢	١١٤	١١٨	٥٥٣

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئات التدريس فى الأقسام المختلفة بكلية طب قناة السويس

	القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١	التشريح	—	—	—	—	٣	٢	—	٥
٢	الفسيولوجيا	—	—	١	١	٤	٢	—	٧
٣	الكيمياء الحيوية	—	٢	١	٣	١	٤	—	٨
٤	الباثولوجيا	—	—	٣	٣	٤	٢	—	٩
٥	الفارماكولوجيا	—	—	٣	٣	٣	—	—	٦
٦	البكتريا والطفيليات	—	٢	٣	٥	٦	٤	—	١٥
٧	الجراحة	٢	٢	١٢	١٦	٢٢	—	١٤	٥٢
٨	النساء والتوليد	١	١	٣	٥	٤	—	١	١٠
٩	طب وجراحة العين	—	—	١	١	٢	—	١	٤
١٠	الباطنة	٢	٩	٦	١٧	٢٢	١	١٢	٥٢
١١	الأطفال	١	١	١	٣	٦	—	٣	١٢
١٢	طب المجتمع	—	—	٣	٣	٥	٣	—	١١
١٣	الممارسة العامة	—	—	—	—	٤	—	٤	٨
	المجموع	٦	١٧	٣٧	٦٠	٨٦	١٨	٣٥	١٩٩

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس بالأقسام المختلفة بكلية طب المنوفية

		أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	طبيب مقيم	المجموع
١	العلوم الطبية والاساسية	١	٣	٣	٧	٤	٧	—	١٨
٢	الباثولوچيا	—	١	١	٢	١	—	—	٣
٣	الجراحة (عامة وخاصة)	٢	٢	٤	٨	٣	٢	—	١٣
٤	الباطنة (عامة وخاصة)	—	—	١	١	٧	٨	—	١٦
٥	النساء والولادة	—	—	٢	٢	١	—	—	٣
٦	الأطفال	—	—	٣	٣	٣	١	—	٧
٧	الرمد	—	—	—	—	١	٢	—	٣
٨	الصحة العامة	١	—	١	٢	٣	١	—	٦
٩	الأشعة	—	—	١	١	—	٢	—	٣
١٠	الأنف والأذن وحنجرة	—	—	١	١	٤	—	—	٥
١١	الأمراض الجلدية	١	١	٢	٤	١	١	—	٦
١٢	الطب الشرعى	—	—	١	١	—	١	—	٢
	المجموع الكلى	٥	٧	٢٠	٣٢	٢٨	٢٥	—	٨٥

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس بالأقسام المختلفة بكلية طب جامعة المنيا

	القسم	أستاذ	أستاذ مساعد	مدرس	مجموع أعضاء هيئة التدريس	مدرس مساعد	معيد	المجموع
١	التشريح	١	١	١	٣	٣	٢	٨
٢	الهستولوجى	—	—	—	—	—	٥	٥
٣	الفسيولوجى	—	—	١	١	٢	٥	٨
٤	الكيمياء الحيوية	١	١	١	٣	١	٥	٩
٥	الصحة العامة	—	—	—	—	٤	٢	٦
٦	البكتريولوجى	١	—	١	٢	٦	—	٨
٧	الفارملكولوجى	—	—	—	—	٣	٤	٧
٨	الطب الشرعى	—	—	٣	٣	١	٨	١٢
٩	الباثولوجى	—	١	—	١	٤	١	٦
١٠	التخدير	—	—	١	١	—	—	١
١١	الجراحة العامة	—	—	٢	٢	١٤	—	١٦
١٢	العظام	—	—	١	١	٥	—	٦
١٣	الأطفال	—	—	١	١	٩	—	١٠
١٤	النساء والولادة	—	—	١	١	١٤	—	١٥
١٥	المسالك	—	—	٢	٢	٣	١	٦
١٦	جراحة العيون	١	—	—	١	٨	—	٩
١٧	الباطنة العامة	—	—	٢	٢	١٣	١	١٦
١٨	الأنف والأذن والحنجرة	١	—	—	١	٦	—	٧
١٩	الأشعة	—	—	—	—	٢	—	٢
٢٠	الباثولوجيا الاكلينكية	—	—	—	—	١	١	٢
	المجموع	٥	٣	١٧	٢٥	٩٩	٣٥	١٥٩

جدول مقارن بأعداد المدرسين المساعدين والمعيدين بأقسام كلية طب الأزهر بأسيوط

القسم	المدرسون المساعدون	المعيدون	المجموع
التشريح	–	١	١
الهستولوجيا	–	١	١
الفسيولوجيا	–	٣	٣
الباثولوجيا	–	٤	٤
الميكروبولوجيا	–	٣	٣
الطفيليات	–	٤	٤
الكيمياء الحيوية	–	٣	٣
الفارماكولوجيا	–	٣	٣
الطب الشرعي	–	٣	٣
الصحة العامة وطب جميع	–	٤	٤
الجراحة العامة	٦	١	٧
المسالك البولية	٢	–	٢
الأنف والأذن والحنجرة	٧	١	٨
العظام	٤	–	٤
الباطنة العامة	١	–	١
القلب والاوعية الدموية	٢	–	٢
الطب الطبيعي	–	١	١
الأمراض المتوطنة	–	٢	٢
الاطفال	٤	–	٤
الرمد	٥	–	٥
النساء والتوليد	٧	–	٧
التخدير	٣	١	٤
الباثولوجيا الاكلينيكية	٢	١	٣
المجموع الكلى	٤٣	٣٦	٧٩

جدول مقارن بأعداد اعضاء هيئة تدريس معهد الصحة العامة جامعة الاسكندرية

القسم	الاساتذة المتفرغون	الأساتذة	الاساتذة المساعدون	المدرسون	المجموع
الاحصاءات الحيوية	—	١	٢	٢	٥
التغذية	—	٤	٣	٣	١٠
الصحة المهنية	—	٦	٣	٢	١١
الادارة والرعاية الصحية	٢	٢	٢	—	٨
صحة المناطق الحارة	٣	٢	٧	٦	١٨
الوبائيات	—	—	—	٣	٥
صحة الاسرة	٢	٢	٣	٤	١١
صحة البيئة	١	٦	٣	٢	١٢
أحياء دقيقة	١	١	٣	٣	٨
المجموع الكلي	٩	٢٦	٢٦	٢٧	٨٨

جدول مقارن بأعداد أعضاء هيئة التدريس العلميين ومعاونيهم فى أقسام معهد البحوث الطبية بجامعة الاسكندرية

القسم	استاذ متفرغ	أستاذ	استاذ مساعد	مدرس	مدرس مساعد	معيد	المجموع
الكيمياء الحيوية	—	٤	٤	٣	٢	١	١٤
الفسيولوچيا	—	١	٢	—	—	١	٤
الطبيعة والهندسة الطبية	١	—	١	—	—	—	٢
الطبيعة الحيوية	—	—	٣	١	٣	—	٧
الكيمياء الطبية التطبيقية	—	٣	٣	٢	٢	—	١٠
كيمياء وبيولوچيا الخلايا	—	٤	٣	—	—	١	٨
المناعة	—	١	—	—	٢	—	٣
الوراثة الانسانية	—	—	—	١	—	١	٢
بيولوچيا الاشعاع	—	—	—	١	—	—	١
النظائر المشعة	—	—	—	٢	—	١	٣
المجموع	١	١٣	١٦	١٠	٩	٥	٥٤

كتب للمؤلف :

١ ـ الدكتور محمد كامل حسين عالما ومفكرا وأديبا . (وهو الكتاب الفائز بجائزة مجمع اللغة العربية الأولى فى الأدب العربى عام ١٩٧٨ ـ الهيئة العامة للكتاب ، القاهرة ، الكتاب الأول فى سلسلة كتابات جديدة) .
٢ ـ مشرفة بين الذرة والذروة ، الهيئة العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٨٠ (وقد نال عنه المؤلف جائزة الدولة التشجيعية فى أدب التراجم) .
٣ ـ كلمات القرآن التى لا نستعملها .. (وهو دراسة تطبيقية لنظرية العينات اللفظية) ، دار الأطباء ، ١٩٨٤
٤ ـ يرحمهم الله (وهو مجموعة كلمات فى تأبين بعض الشخصيات الراحلة) وكالة الأهرام للتوزيع ، ١٩٨٤
٥ ـ الدكتور أحمد زكى ، حياته ، وفكره ، وأدبه . الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٤ (وهو الكتاب الذى أستأنفت بـه الهيئـة إصدار سلسلة أعلام العرب) .
٦ ـ من بين سطور حياتنا الأدبية ، (دراسات نقدية) دار الأطباء ، ١٩٨٤
٧ ـ مايسترو العبور المشير أحمد إسماعيل ، وكالة الأهرام للتوزيع .
٨ ـ سماء العسكرية المصرية الشهيد عبد المنعم رياض ، وكالة الأهرام للتوزيع .
٩ ـ الدكتور على باشا إبراهيم يد من حرير ويد من حديد ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٥
١٠ ـ الدكتور سليمان عزمى ، أول أطبائنا الباطنيين ، سلسلة أعلام العرب ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٦
١١ ـ التشكيلات الوزارية فى عهد الثورة ، الهيئة العامة للاستعلامات ، القاهرة ، ١٩٨٦
١٢ ـ الدكتور نجيب محفوظ : رائد أمراض النساء والتوليد فى مصر ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٦
١٣ ـ دليل الخبرات الطبية القومية ، الجزء الأول : الجامعات ، مركز الاعلام والنشر الطبى ، (الجمعية المصرية للأطباء الشبان) ، القاهرة ، ١٩٨٧
١٤ ـ الصحة والطب والعلاج فى مصر ، جامعة الزقازيق ، ١٩٨٧
١٥ ـ مجلة الثقافة (١٩٣٩ ـ ١٩٥٢) : تعريف وفهرسة وتوثيق .
١٦ ـ رحلات شاب مسلم .

THE BOOK & THE AUTHOR

This book is written by one of the jenior physician . He is the senior resident of cardiology at zagazig university medical school . He was able at the same time to publish 14 books in many fields . He had been awarded the State Prize of Literature (1983) to be the youngest owner of that very distinguished prize . Before he could obtain also the prize of Arabic Languge Academy . He was dedicated the Medal of Science & Arts by Prisdent Hosni Moubark .

The present book deals with the state of Health & Medicine in Egypt . It gives a good idea about the history, the present status, and the expected future . At the same time, it records many of the author's personal reflections, thoughts and hopes for welfare of his citizens .

Reading the titels of the book chapters may give us an idea about its scope .

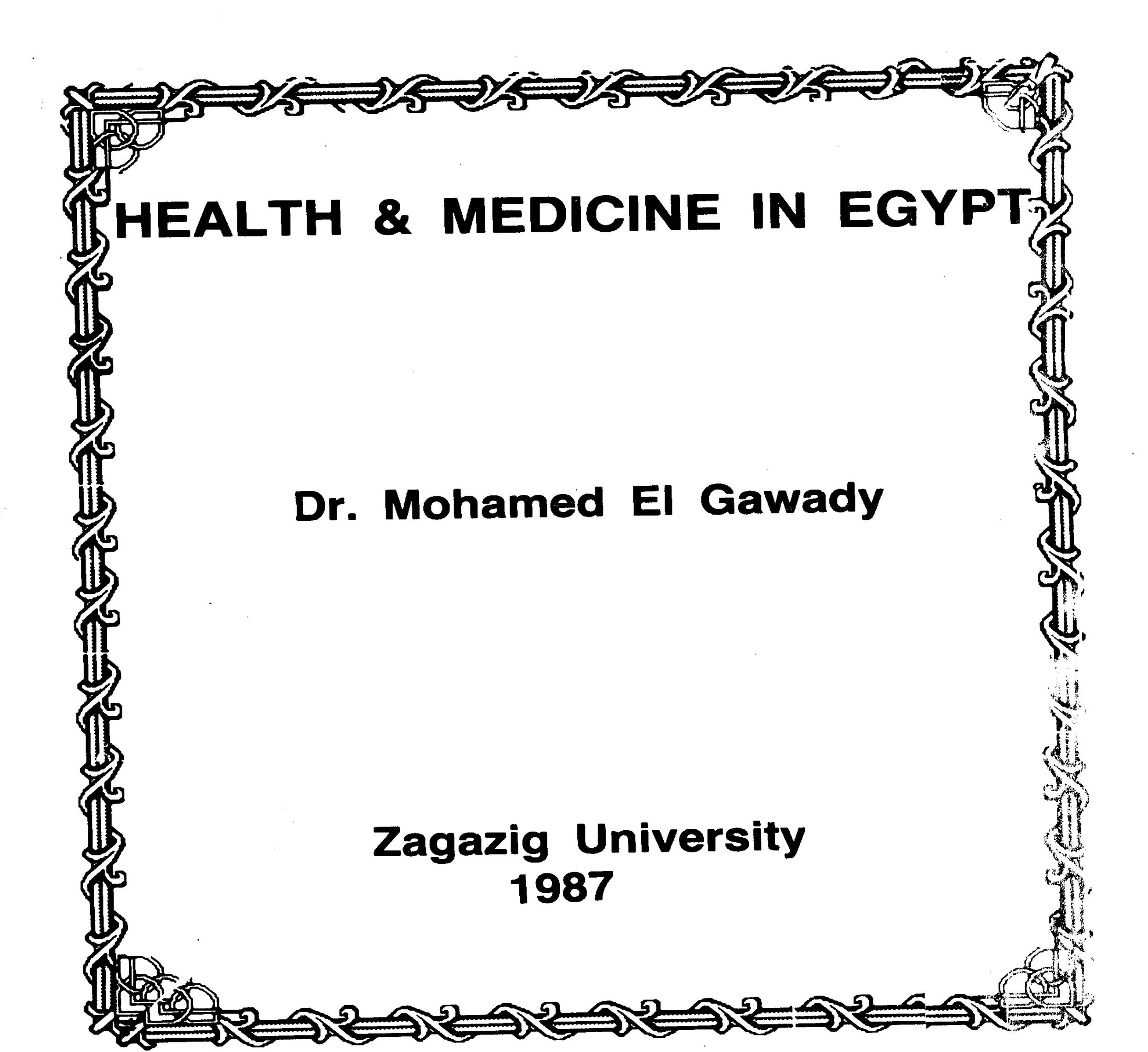
(1) The « clash » between quantity and quality in medical education and medical services .
(2) HEALTH : Who is responsiable,
(3) How can selvishness cause deterioration of medical services,
(4) Ways for evaluating the efficacy of medical services .
(5) Is there a promotion in our health ·
(6) Facts about health budgets in Egypt .

(7) Hospitals Over building ... No value !!
(8) Non traditional opinion about Nursing problem .
(9) The Future of rural health units .
(10) Facts about rural health in Egypt .
(11) One speciality hospitals : History & Advantages .
(12) Broad lines for childhood care .
(13) Health Insurance : the track and the solution .
(14) Facts about health insurance in Egypt .
(15) Medicine open doop policy .
(16) Facts about private medicine in Egypt .

(17) physicians are they a high class ·
(18) Physicians in the medical system what is the future ·
(19) Promoting human power in health systems .
(20) Facts about human power in health systems .
(21) Physicians out of work .
(22) Routinism in physician's life .
(23) On honouring physicians .

(24) Religion & Disease .
(25) Future of Islamic Medicine
(26) Facts about health in West Germany .
(27) Emergency Medicine .

(28) Organization of departments in medical schools .
(29) The relationship between ministry of health & medical education institutes .
(30) Organization of degrees in medical schools .
(31) Geographical distribution of medical institutes in Egypt .
(32) Urgancy of binary fission in medical schools .
(33) Facts about the numbers of medical staff members in Egyptian universities



HEALTH & MEDICINE IN EGYPT

Dr. Mohamed El Gawady

Zagazig University
1987